

”Conhecimento não é aquilo que
você sabe, mas o que você faz com
aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não seria possível a sua realização.

À Professora Maria Vitória Barros Castro Parreira pela sua orientação, disponibilidade, conhecimentos transmitidos, opiniões e críticas, bem como as suas palavras de incentivo para atingir mais uma meta do meu percurso académico.

Aos meus Tutores Enfermeiros Especialistas Pedro Correia e Celeste (e respetiva equipa) do Centro Hospitalar do Porto – Maternidade Júlio Dinis, pela orientação em estágio que garantiram a sedimentação de conhecimentos e aquisição de competências específicas na área da Saúde Materna e Obstétrica, o crescimento pessoal e profissional através de uma integração ao meu ritmo sem cobranças.

A todos os docentes que me acompanharam no percurso formativo e garantiram a aquisição dos conhecimentos necessários para concretizar esta etapa.

Às minhas colegas de trabalho e colega de curso Márcia, pelo apoio e motivação.

Aos meus pais, irmã e marido, por me encorajarem a vencer todos os obstáculos para que este sonho, se tornasse realidade. Sem o seu apoio e estímulo constante não teria conseguido finalizar este percurso.

Obrigada pelo carinho e pela compreensão!

SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAP - American Academy of Pediatrics)
- ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists
- AM – Aleitamento Materno
- AME – Aleitamento Materno Exclusivo
- APEO – Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras
- APPT – Ameaça de Parto Pré-termo
- APV – Apresentação, posição e variedade
- ATB – Antibioterapia
- CDC - Centers for Disease Control
- CE – Comunidade Europeia
- CG – Colestase Gravídica
- CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CTG - Cardiotocografia
- DM – Diabetes Mellitus
- DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida
- EC – *European Commission*
- ECG – Electrocardiograma
- EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
- ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
- FC – Frequência Cardíaca
- FCF – Frequência Cardíaca Fetal
- HTA – Hipertensão Arterial
- HUMPAR - Associação Portuguesa pela Humanização do Parto
- IA – Índice de Apgar
- IB – Índice de Bishop

- ICM – International Confederation of Midwives
- IFP – Incompatibilidade Feto-Pélvica
- ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation
- IM – Intramuscular
- LA – Líquido Amniótico
- MJD – Maternidade Júlio Dinis
- NE – Níveis de Evidência
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAD – Pressão Arterial Diastólica
- PAS – Pressão Arterial Sistémica
- PE – Pré- Eclâmpsia
- PNV – Plano Nacional de Vacinação
- RAM – Rotura artificial de membranas
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RN – Recém-nascido
- SAPE – Sistema de Apoio À Prática de Enfermagem
- SCE - Serviço de Cuidados Especiais
- SGB - Streptococcus Agalactiae
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SOGC - Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia
- SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria
- TP – Trabalho de Parto
- TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo
- UNICEF – United Nation Children's Fund
- VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	5
2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ..	9
2.1. Aquisição de competências específicas do EEESMO no processo de maternidade	10
2.1.1. Gravidez	11
2.1.2. Trabalho de Parto	17
2.1.3. Autocuidado Pós-parto e Parentalidade	55
3. INTERVENÇÕES DETERMINANTES DO EEESMO PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	75
3.1. Introdução	75
3.2. Opção Metodológica	77
3.3. Resultados	78
3.4. Discussão	83
3.5. Intervenções determinantes que promovem o AM.....	84
3.5.1. Intervenções na promoção do AM a nível individual	84
3.5.2. Intervenções na promoção do AM em grupo	88
3.5.3. Intervenções na promoção do AM a nível social	91
3.6. Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura	93

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PERCURSO DE ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	98
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	120
Anexo I – Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005	122
Anexo II – Regulamento das Competências Específicas do EESMO da Ordem dos Enfermeiros	124
Anexo III – Mapa das experiências que conferem o estipulado pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 (Número e Tipo de Partos Realizados e Participados)	126
Anexo IV – Check – list da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.....	128

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Escala de quantificação da intensidade do prurido	16
TABELA 2: Distribuição do nº de partos de acordo com o tipo de gravidez	29
TABELA 3: Padrões anómalos do TP e critérios de diagnóstico	38
TABELA 4: Terapêuticas médicas: atonia uterina	61
TABELA 5: Resultados e conclusões dos artigos incluídos na revisão integrativa	80
TABELA 6: Intervenções de enfermagem: amamentação após seis meses de vida	87
TABELA 7: Intervenções de enfermagem para promover e apoiar o AM: síntese dos resultados da revisão integrativa	95

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Partos com episiotomia, sem episiotomia e participados cefálicos	30
FIGURA 2: Índice de Bishop	31
FIGURA 3: Fluxograma de reanimação do RN	50
FIGURA 4: Parturientes e RN vigiados incluindo exame	55

RESUMO

A realização deste relatório de estágio profissionalizante documenta todo o percurso realizado no *Estágio: gravidez, trabalho de parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade*, com vista à aquisição de competências específicas em saúde materna e obstétrica, de acordo com a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e Conselho de 7 de Setembro de 2005, inerentes ao Regulamento do Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, conducente ao grau de mestre. Sintetiza não só todas as atividades desenvolvidas durante o estágio tendo por base o agrupamento das competências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, os objetivos delineados, para o contexto dos cuidados, bem como as estratégias de seleção, mobilização e recontextualização dos conhecimentos adquiridos, ao longo da sua trajetória pessoal e profissional.

Tem como objetivos descrever as atividades realizadas, inerentes ao projeto de estágio que permitiram atingir os objetivos e a aquisição das competências e demonstrar como podemos problematizar as práticas através do recurso à investigação. Neste sentido, no decorrer deste trajeto, optamos por problematizar uma preocupação transversal ao estágio sobre a temática da amamentação.

A observação e contacto com necessidades reais em cuidados em realidades tão distintas, despertou o interesse, enquanto profissional, de melhorar a compreensão sobre esta problemática da amamentação e por realizar um estudo sob a metodologia da revisão integrativa da literatura, como estratégia para desenvolver as práticas com base em evidências científicas. Este processo permitiu constatar a necessidade premente de problematizar as competências em torno de consensos e conhecimento atualizado que suporte as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna obstétrica na promoção do aleitamento materno.

Pelo estudo realizado podemos concluir que é essencial o Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia ser conhecedor do Aleitamento Materno, dos seus benefícios, contra-indicações, técnicas e ainda sobre o processo de lactação. É também fundamental ser conhecedor das intervenções encontradas com este estudo, saber aplicá-las e partilhar com os colegas.

Palavras-Chave: Enfermagem, competências, obstetrícia, gravidez, parto, revisão integrativa da literatura e Aleitamento Materno.

ABSTRACT

The achievement of this traineeship report documents the entire journey performed in the internship of pregnancy, labor and delivery, in order to acquire specific skills on maternal health and obstetric. It follows the recommendations of the OE and directive 2005/36/EC of the European Parliament and Council of 7 September 2005, related to the regulation of the cycle of studies at the School of Nursing of Porto, leading to a master degree.

This report aims primarily to synthesize the intership, list the skills acquired through questioning practices and ultimately develop a integrative review considered relevant not only for the welfare of mother and child, but also to promote the orientation of practice.

The care practice has always been based on updating the nursing process with the most current scientific evidence in complications in pregnancy, during labor, delivery and postpartum care. This process revealed the need to deepen the knowledge about the skills / interventions of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics in the promotion of breastfeeding, which is not always shown consistent between different specialist nurses at the time of health education.

Integrative literature review on the above subject was held, and through analysis of selected articles, the main competencies and interventions of the specialist nurse and their implications for practice were identified.

With this study we can conclude that it is essential that the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics Maternal be aware of breastfeeding benefits, contraindications, techniques and process of lactation. It is also crucial to be

knowledgeable of the interventions found in this study, how to apply them and share them with our colleagues.

Keywords: Nursing, Skills, Pregnancy, Labor, Puerperium, Breastfeeding promotion.

INTRODUÇÃO

A obtenção da qualificação acadêmica na ESEP, encontra-se regulamentada através do Regulamento de estudos do segundo ciclo, por forma a atribuir o grau de Mestre. O estudante poderá optar pela realização de um relatório de estágio, no qual deve constar um projeto de Estágio com relevante importância para a prática clínica, enumerando os objetivos para o mesmo, o seu percurso e respetiva análise. Esta foi a nossa opção; enveredar pela realização de um estágio profissionalizante.

Pretende-se com o presente relatório, demonstrar os conhecimentos, as competências preconizadas e as intervenções desenvolvidas na prática, salvaguardando a prestação de cuidados de saúde de excelência, baseados na mais recente evidência científica (LUYBEN e FINK, 2010), no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia.

A reflexão dos cuidados prestados favorece a perceção e a aplicabilidade do processo de enfermagem, contribui para a resolução de problemas, origina fundamentos e conceções. Esta conduta revela uma forma de pensar crítica, buscando o nosso papel e identidade em relação ao ser humano/Mulher ajuda-nos a focar e aprimorar a nossa prática, a qual foi materializada no estágio profissional: gravidez, trabalho de parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade.

Tendo em conta os parâmetros previamente estabelecidos, o presente relatório tem como principais objetivos sintetizar o projeto de estágio, enumerar as competências adquiridas refletindo sobre o processo de obtenção das mesmas através da problematização das práticas que decorreram ao longo do período de estágio e finalmente elaborar uma revisão integrativa sobre uma temática considerada pertinente não só para o bem-estar materno/infantil, mas também para promover a orientação da prática.

De acordo com o Plano de Estudos, são objetivos gerais do estágio:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional, através da integração de cuidados teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática da EEESMO, tendo como base as atividades científicas mais atuais.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, após obter as qualificações académicas exigidas para o exercício legal da atividade, é o profissional responsável, autónomo, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher.

Assim, pretende-se a aquisição de competências supra mencionadas que permitam o EEESMO desenvolver uma prática consentânea com as necessidades reais em cuidados à mulher, casal e família, e, promover estratégias de coping e empowerment que mediante a sua singularidade seja garantindo o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e uma transição para a parentalidade com sucesso.

Nos cuidados especializados existem focos de atenção que requerem por parte do EEESMO a identificação de diagnósticos e o delineamento de intervenções para promover a aquisição de novas competências específicas no decorrer do processo formativo. Assim, consideramos pertinente investir como área transversal ao estágio na área da amamentação.

De acordo com a OMS (2007), o aleitamento materno, se for eficaz, apresenta benefícios a curto prazo particularmente na redução da morbilidade e mortalidade associada às doenças infecciosas na infância. Também como na prevenção da obesidade, na infância e na vida adulta. Por outro lado, traz benefícios para a

mulher no que concerne à involução uterina e na prevenção do cancro da mama e ovário (MENDES, 2003). O aleitamento materno eficaz estabelece-se quando o binómio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação (REA, 2004). Assim, reconhecida a importância do aleitamento materno eficaz e as dificuldades encontradas, torna-se pertinente consolidar os conhecimentos e habilidades através da evidência científica mais atual e delinear intervenções que permitam ao EEESMO conceber, implementar e avaliar no sentido de contribuir para o sucesso do aleitamento materno.

Pelo exposto, considerou-se pertinente colocar a seguinte questão: – Que intervenções do EEESMO são determinantes para garantir o aleitamento materno? A operacionalização desta questão conduziu-nos, à realização de uma revisão integrativa da literatura no sentido de integrar os resultados na prática. Foram objetivos deste estudo identificar as estratégias/intervenções que são determinantes pelo EEESMO para a promoção do aleitamento materno. Também como, recontextualizar a evidência e o que é efetivamente praticado nos vários contextos clínicos, visando uma prática uniforme que reforce o Aleitamento materno eficaz. Considerar, ainda, os benefícios quer para a mulher quer para o Recém-nascido.

Com o intuito de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o percurso realizado e de que modo contribuiu para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo incorpora a contextualização do projeto de estágio profissionalizante com descrição dos objetivos e percurso de estágio. No capítulo dois estão descritas as atividades desenvolvidas, com referência à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, realizadas no decorrer do estágio.

De acordo com a UNICEF (2008), o aleitamento materno pode salvar a vida de 1,3 milhões de crianças no mundo a cada ano. Então, promover a amamentação deve ser uma prioridade. Refere ainda, que as práticas de saúde dirigidas às mães e aos recém-nascidos são uma das maneiras mais promissoras no aumento da prevalência e duração da amamentação, sendo aquelas apoiadas em três pontos: informação, manejo prático e rotinas hospitalares.

Perante a fundamentação apresentada, é percebido que o aleitamento materno melhora efetivamente a qualidade da vida dos lactentes. O EEESMO deve apresentar estratégias fundamentais para o sucesso da amamentação, principalmente logo no pós-parto, no hospital ou no domicílio. Assim, no capítulo seguinte é apresentada a opção metodológica, que contempla a revisão integrativa da literatura, sobre as intervenções do EEESMO determinantes para a promoção do aleitamento materno.

No quarto capítulo, é feita uma análise crítica e reflexiva sobre todo o processo e percurso formativo ao longo do estágio, onde a nossa atuação se pautou por uma prática reflexiva e por uma busca sistemática de evidências científicas que suportassem as boas práticas.

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: B-On® (Biblioteca de Conhecimento Online), *Pubmed*, *Elsevier* (Science Direct), EBSCOhost®, MEDLINE, CINAHL, *Scielo*, NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) e *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJECTO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

A realização deste estágio profissionalizante decorreu no internamento de grávidas, núcleo de partos e no serviço de puerpério da Maternidade Júlio Dinis, que integra o Centro Hospitalar do Porto. É um Hospital Central Especializado, incluído na rede nacional de hospitais do Serviço Nacional de Saúde, e presta cuidados na área da saúde da Mulher e da Criança. A sua principal atividade centra-se nas áreas clínicas de obstetrícia, neonatologia e ginecologia. A estrutura e organização dos serviços assumem designação de urgência, consulta externa, laboratório de análises, sector de ecografia, linha azul, nascer cidadão e Internamento. O funcionamento dos serviços são assegurados por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros.

Apesar de este estágio ser um único foi realizado por módulos de Gravidez com complicações, Trabalho de parto e Auto-cuidado no Pós-parto e Parentalidade, ao longo do ano letivo de 2011/2012, num total de 900h. Foram delineados os objetivos específicos para cada módulo, de forma a servirem de guia orientador para as competências a adquirir e a desenvolver.

Em todos os módulos, no início, foi feita uma integração de forma a compreender e identificar a estrutura do serviço, a dinâmica da equipa de trabalho e o método de trabalho utilizado. Houve sempre uma preocupação acrescida, de conhecer o funcionamento dos sistemas de informação e a matriz dos registos a efetuar no SAPE (Sistema apoio à prática de enfermagem). Foram também considerados outros aspetos como a apresentação dos protocolos implementados em cada serviço e qual o papel do EEESMO e a sua envolvimento no processo do cuidar. No

que diz respeito ao funcionamento da equipa multidisciplinar, esta articulava-se de uma forma coerente de modo a garantir cuidados especializados à grávida, à puérpera e ao RN. A integração nesta dinâmica foi relativamente fácil, uma vez que o grupo é jovem, motivado, inovador e empenhado na busca de novos conhecimentos que garantissem uma atuação fundamentada e atualizada.

Relativamente ao conhecimento sobre a estrutura física e materiais, a adaptação foi gradual, sendo necessária uma adaptação à localização dos meios necessários (fármacos, material, etc.) sendo que esta tarefa foi facilitada pelos tutores, que se demonstraram sempre disponíveis para qualquer esclarecimento e também pelo facto de ter realizado previamente um estágio nestas mesmas instalações para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

O restante tempo de estágio foi um continuum na integração da equipa de enfermagem e multidisciplinar, no exercício da aprendizagem das práticas de enfermagem, a recontextualizar os conhecimentos teóricos adquiridos previamente que foram indispensáveis para a compreensão das estratégias para os cuidados adequados, atualizados e individualizados às grávidas, às puérperas e RN, e fundamentalmente a análise crítica face aos novos conhecimentos adquiridos.

Face à complexidade inerente às práticas de enfermagem, bem como à exigente quantidade de conhecimentos que devem ser interiorizados ao longo do estágio, procuramos, frequentemente, realizar pesquisas para os temas que me deixavam mais dúvidas e partilhar experiências e conhecimentos com os colegas. Gradualmente foi-se manifestando a necessidade de pesquisar sobre a intervenção da EEESMO na promoção do aleitamento materno eficaz, uma vez que a equipa de enfermagem percecionou e foi confrontada com as dúvidas/inseguranças das grávidas/puérperas sobre este foco de atenção.

O aleitamento materno, enquanto foco de enfermagem, apresenta benefícios a curto-prazo na redução da taxa de morbilidade e mortalidade associada a doenças infecciosas na infância, assim como benefícios para a mulher, quer a nível preventivo quer de recuperação pós-parto. Deste modo, procedeu-se à problematização das práticas visando incrementar as taxas de sucesso de aleitamento materno com *outcome* positivos nos aspetos referidos anteriormente.

A carga horária para este estágio foi cumprida de acordo com o plano de estudos e horário pré-estabelecido. Ao longo das aulas de orientação tutorial, foram

sendo esclarecidas dúvidas pelo docente orientador de estágio culminado na elaboração do projeto individual de estágio. Foram sedimentados conhecimentos através da discussão de estratégias que promovessem a realização do presente trabalho.

No próximo capítulo apresentamos a descrição das atividades planeadas/desenvolvidas durante o estágio que tiveram como principal objetivo a aquisição de competências preconizadas no regulamento das competências do EEESMO (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo da concretização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foram adquiridos conhecimentos, fundamentalmente teóricos, que servem de base à aquisição das competências necessárias. A articulação com a prática apurou a necessidade da busca de conhecimentos atualizados e fundamentados, visando dar resposta às questões colocadas pelas clientes, e pelo próprio EEESMO.

A prática da enfermagem baseada na evidência define-se como a aplicação da informação clínica mais atual, obtida através dos estudos melhor estruturados e das *guidelines*, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e *outcomes*. Assim, a uniformização das práticas permite não só incrementar esta mesma qualidade, mas também ser proactivo na contenção dos custos em saúde. É no entanto necessário considerar previamente que a prática baseada na evidência está dependente de necessidades individuais, nomeadamente a idade, língua, conhecimentos em saúde, perspectiva culturais e familiares, entre outros, e podem não ir ao encontro das orientações resultantes da melhor evidência científica (SCHUB, 2012).

A enfermagem enquanto ciência é regida por um conjunto de competências consideradas *comuns*, independentemente da especialidade. Incluem domínios como a responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Inseridos no contexto de cada especialização em enfermagem, existem competências *específicas* que permitem obter os conhecimentos necessários com vista a atingir a prática de cuidados especializados. São competências específicas da EEESMO a

promoção da saúde da mulher, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações, e tratamento, reabilitação e readaptação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Estas competências permitem cuidar da mulher inserida na comunidade durante o período pré-natal (potenciar a saúde, detecção precoce de complicações promovendo o bem-estar materno-fetal), durante o trabalho de parto (efetuando parto em ambiente seguro de forma a otimizar a saúde da parturiente e RN na sua adaptação à vida extra-uterina) e durante o período pós-natal (potenciar a saúde da puérpera e RN apoiando o processo de transição à parentalidade).

Partindo das premissas mencionadas anteriormente, foram assim delineadas as estratégias que garantiram a validação dos critérios de avaliação, referidos como pontos integrantes das unidades de competência que por sua vez constituem os domínios supramencionados.

2.1. Aquisição de Competências Específicas do EEESMO no Processo de Maternidade

De acordo com as linhas orientadoras do Guia de estágio Profissionalizante da ESEP, a realização deste estágio pretende organizar a criação de condições propícias a desenvolver nos estudantes/enfermeiros a capacidade de recontextualizar e mobilizar conhecimentos com suporte na prática baseada em evidências, que problematizem e promovam a excelência do exercício profissional, em cuidados especializados inerentes ao suporte de cuidados face ao processo de maternidade e exercício da parentalidade.

O percurso de estágio implica a realização do mesmo de uma forma sequencial. Este percurso está normalmente associado ao ciclo vital, no entanto, este facto não se verificou devido à incapacidade logística do campo de estágio em conciliar o número de estudantes/enfermeiros a realizar estágio. Optou-se por seguir a ordem

natural dos acontecimentos desde que a mulher recorre ao serviço de Cuidados Especiais, passando pelo núcleo de partos e finalmente pelo serviço de puerpério.

2.1.1. Gravidez

O estágio no Serviço de Cuidados Especiais (SCE), permitiu desenvolver competências inerentes ao cuidado à mulher grávida com patologia associada. Nestas situações é requerida a implementação de cuidados especializados, que incorporam conhecimentos teórico-práticos atualizados.

Após integração no SCE, foram traçados os objetivos específicos para esta etapa visando garantir a validação das competências exigidas pela diretiva europeia 2005/36/CE: cuidar de mulheres que apresentaram patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia. Assim, são objetivos específicos: Prestar cuidados à mulher com patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia, efetuar registos de enfermagem no suporte informático SAPE de acordo com o instituído no serviço, pesquisar evidência científica para fundamentar a prática e cumprir o horário estipulado. Posteriormente serão descritos os cuidados prestados durante o percurso realizado no SCE.

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gravidezes. Aproximadamente meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem complicações ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez (CUNHA et al., 2009). Com o intuito de contribuir para a redução destes números, a *International Confederation of Midwives* (ICM), defende que, para a realização de uma prática segura, os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e habilidades específicos, essenciais durante a vigilância da gravidez.

Os cuidados a prestar à grávida incluem: acolhimento da grávida/família, avaliação da situação gravídica patológica e elaboração de estratégias para

minimizar a sintomatologia, que advém da patologia e das alterações fisiológicas associada ao estado gravídico.

Valorizou-se a assistência à grávida no sentido amplo do ser humano, englobando as componentes clínica, física, sociocultural e familiar, assim como, a detecção precoce de complicações ao estado gravídico que condicionem o bem-estar materno-fetal.

No SCE, a intervenção especializada era fundamentalmente dirigida às grávidas com patologias hipertensivas (Hipertensão crónica, Pré-eclâmpsia), Colestase Gravídica (CG), Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), Diabetes Mellitus, alterações do líquido amniótico (oligoâmnios, hidrâmnios), restrição do crescimento intra-uterino, hiperémese gravídica e abortamentos.

Durante o estágio no SCE, foram prestados cuidados a grávidas com várias patologias e alterações obstétricas, no entanto, optou-se por abordar apenas as situações que ocorreram mais frequentemente: Pré-eclâmpsia, CG e APPT.

A Pré-eclâmpsia é uma síndrome que apenas acontece na raça humana. A sua etiologia permanece desconhecida, continuando assim a despertar interesse na comunidade científica. É descrita como uma alteração específica da placenta que tem como único tratamento a interrupção da gravidez. De carácter idiopático multissistémico, caracteriza-se por hipoperfusão tecidular generalizada, estando relacionada com a resposta vascular placentária anormal. A esta alteração associa-se ainda o aumento da resistência vascular sistémica, lesão endotelial, alterações metabólicas, consumo plaquetário, aumento da resposta inflamatória e ativação do sistema de coagulação. Pode-se manifestar através do Síndrome Materno (hipertensão arterial e proteinúria com ou sem repercussões sistémicas) e Síndrome Fetal (oligohidramnios), restrição do crescimento intra-uterino ou alterações da oxigenação (ROMERO-ARAUZ et al., 2012).

Tendo em consideração várias definições encontradas para Pré-eclâmpsia, optou-se pela designação apresentada por ROMERO-ARAUZ, 2012, pois considera no seu trabalho de investigação, a análise de documentos de instituições relevantes na área da saúde Materna e Obstetrícia: NICE (2010), *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2006) e *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2002). Assim, pré-eclâmpsia é definida como hipertensão arterial associada a proteinúria depois das 20 semanas de gestação numa mulher

previamente normotensa. A classificação varia entre leve ou severa consoante o nível de hipertensão, proteinúria ou compromisso multissistémico.

No contexto da SCE, apenas se teve contacto com situações de Pré-eclâmpsia leve. O diagnóstico inclui os seguintes critérios: pressão arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg em mulheres previamente normotensas, após a vigésima semana de gestação (para comprovar estas alterações eram necessárias duas avaliações com intervalo de 6 horas num período menor que 7 dias); Proteinúria \geq 300 mg em recolha de urina de 24 horas ou \geq 30 mg/dL em amostras de urina pontuais (com diferença de seis horas num período inferior a 7 dias); finalmente, não apresentar evidência de compromisso multissistémico ou vasoespasma persistente (ROMERO-ARAUZ et al., 2012). Analisada a componente diagnóstica, que permite atuar de modo antecipatório, aborda-se a atuação da EEESMO na SCE. Esta baseou-se na vigilância do bem-estar materno fetal, através da monitorização dos ruídos cardíacos fetais ou realização de cardiotocografia (CTG) dependendo da idade gestacional, avaliação da proteinúria através de tiras teste (diária), monitorização da tensão arterial de 4 em 4 horas (exceto durante as 24h e as 7h para promover o descanso da grávida), avaliação da presença de edemas, monitorização do peso (diária), balanço hídrico (Débito urinário – 30ml/h ou 120 ml/4h: pelo risco de edema pulmonar e cerebral especialmente no puerpério imediato) e avaliação do bem-estar materno. Todos estes parâmetros são preditores na análise da progressão da doença.

A par destas intervenções eram realizados os registos de enfermagem através dos sistemas informáticos, recorrendo à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem). Esta prática, de acordo com a OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009, pág. 7) “ (...) *traduz-se na facilidade da comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, a cerca da sua prática, garantindo a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes (...)*”. Deste modo, foram detetados os focos de enfermagem, elaborados os diagnósticos e implementadas intervenções, com consequente avaliação, o que garantiu a prática documentada e padronizada no cuidado à mulher e família.

Se a gravidez decorrer sem grandes intercorrências, o parto deve ocorrer entre a 34^a e 37^a semanas (mediante disponibilidade da Neonatologia), e o parto deve ser por via vaginal em caso de posição fetal cefálica (ROMERO-ARAUZ et al., 2012).

Em casos de idade gestacional inferior a 36 semanas com diagnóstico de PE a atitude expectante era privilegiada, desde que a situação materno-fetal estivesse estabilizada, seguindo orientações de repouso, vigilância contínua do estado materno e evolução fetal.

Relativamente à vigilância supracitada, é importante considerar os meios que temos disponíveis para a concretizar. As formas de avaliação de bem-estar fetal disponíveis são o estetoscópio de Pinard, dispositivo de Ultra-som (Doppler) ou CTG (Cardiotocografia).

A avaliação da FCF pode ser efetuada de forma intermitente ou contínua. De acordo com a NICE (2007), a auscultação da frequência cardíaca fetal pode confirmar que o feto está vivo, mas é pouco provável que tenha valor preditivo, pelo que defendem a avaliação intermitente. Por outro lado, de acordo com a última revisão da Cochrane efetuada em 2006 revela que a CTG contínua durante o trabalho de parto diminui significativamente a incidência de convulsões neonatais, resultando em maior número de partos instrumentados. No entanto, parece cumprir o principal objetivo que é identificar o bem-estar fetal e detetar situações de hipóxia e, por consequência, evitar a mortalidade fetal intraparto e a mortalidade neonatal atribuíveis a essa causa. Afirmam ainda LOWDERMILK [et al.,] (2008) que a avaliação intermitente pode ser dificultada em grávidas obesas e diversos eventos podem não ser detetados nos períodos em que a FCF não esteja a ser auscultada. Além disso, refere que na auscultação intermitente não é possível o registo visual permanente documentado da FCF ou alterações periódicas.

Na SCE, a realização da CTG era realizada por prescrição médica ou por iniciativa do EEESMO sempre que a situação clínica o exigisse. Sendo a monitorização preconizada a contínua. Consideramos ser essencial adequar a frequência da monitorização face às necessidades de cada grávida, uma vez que demasiados condicionalismos podem gerar situações de preocupação ou stress que promovam alteração da pressão sanguínea.

De acordo com a situação clínica, a grávida podia deambular alternando períodos de repouso ou permanecer em repouso absoluto, em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente. Tendo em conta a situação de stress gerada não só pela gravidez patológica, mas também pelo internamento em si, tivemos a preocupação em estar atentos às necessidades em cuidados de acordo com o

diagnóstico, delinear intervenções e estabelecer critérios de resultados etc., tendo o cuidado de para além de respeitar a sua singularidade enquanto pessoa que vivencia uma situação de transição, agir de uma forma empática como componente fundamental de uma relação terapêutica.

Todavia a compreensão das vivências durante a gravidez, os valores sócio-culturais e as expectativas constituem aspetos integrantes da componente relacional, sendo competência do EEESMO conciliar a mesma com o desenvolvimento de competências técnicas e científicas como mais-valia para a humanização do cuidar que a sua atuação proporciona (GRAÇA, 2010).

Tivemos oportunidade neste estágio de prestar cuidados a uma mulher grávida portadora de uma CG que é uma patologia hepática única na gravidez, caracterizada essencialmente pela presença de prurido generalizado, sem qualquer erupção cutânea associada. É uma condição temporária provocada pela disfunção do fígado da mãe durante a gravidez, sendo que os exames laboratoriais revelam a presença de elevados níveis de uma ou mais enzimas hepáticas. A importância da CG reside nos resultados adversos da gravidez. Os riscos potenciais incluem morte fetal intrauterina, prematuridade (normalmente iatrogénica), sofrimento fetal e hemorragia pós-parto (JAIN et al. 2013). Está também associada a elevada morbilidade maternal devido à persistência do prurido e à privação de sono. É a doença hepática mais frequente em mulheres grávidas normotensas. Também mais frequente em gestações múltiplas e está associado a um risco de 40 a 60% de recorrência. O facto de a CG ocorrer maioritariamente durante o último trimestre da gravidez (quando a produção de estrogénios é mais elevada) e desaparecer rapidamente no período pós-parto, sugere que fatores hormonais possam estar envolvidos no desenvolvimento desta patologia (SENTILHES, 2008).

O principal sintoma da CG é, como já foi mencionado, o prurido. Está presente em 95% dos casos e aparece mais frequentemente durante o terceiro trimestre. É menos frequente durante o segundo trimestre, mas é neste período que se registam os casos mais graves. O prurido caracteriza-se por ser isolado, indolor, sem febre, erupção cutânea ou hepatomegalia associado. Esta condição é frequentemente generalizada, mas com maior incidência nas extremidades, particularmente nas palmas das mãos e planta do pé. Inicialmente o prurido ocorre ocasionalmente, mas pode rapidamente ser tornar permanente (diurno e noturno) e pode ser responsável por irritabilidade, astenia e até mesmo insónia. Desaparece poucos

dias após o parto. A tabela 1 exemplifica uma escala de quantificação da intensidade do prurido (JAIN et al., 2013).

As intervenções desenvolvidas de acordo com o protocolo instituído no SCE foram: Monitorização com CTG 1x/dia ou conforme prescrição médica, aconselhar banho com água tépida, aconselhar a utilização de emolientes tópicos, vigilância de astenia, anorexia, icterícia esteatorreia, epigastrias, colúria e acolia. Não menos importante foi garantir o esclarecimento das dúvidas e receios quer por parte da grávida como de companheiro/família, proporcionando um ambiente calmo pautado pela empatia. Tivemos a preocupação em elaborar os planos de cuidados, tendo em conta os focos de atenção de enfermagem, recorrendo à linguagem CIPE, visando adaptar os cuidados especializados à singularidade de cada grávida/família.

TABELA 1. Escala de quantificação da intensidade do prurido.

Classificação		Características
0	Sem prurido	
1	Prurido ocasional	
2	Prurido moderado a severo	Diário, com predomínio de períodos assintomáticos
3	Prurido Severo	Diário, com predomínio de períodos sintomáticos
4	Prurido Permanente	Dia e noite

Fonte: (Jain et al., 2013), *Obstetric cholestasis: outcome with active management*.

Outras situações que se verificaram com frequência como motivo de internamento, foi a Ameaça de Parto Pré-termo (APPT). A etiologia da APPT pode advir de múltiplas origens. Este facto eleva a necessidade de vigilância e enaltece o papel da EEESMO na promoção de uma gravidez com menores consequências negativas. Define-se APPT como a ocorrência antes das 37 semanas de gestação de contractilidade uterina frequente e regular com formação do segmento inferior uterino, mas sem repercussão cervical. No entanto, apresentando a mesma sintomatologia mas com dilatação e extinção cervical estamos perante Trabalho de Parto Pré-termo (TPPT).

O parto pré-termo é definido como aquele que acontece após a 22^a mas antes da 36^a semana e 6 dias. Ocorre em 5 a 9% das gestações e é responsável por 75%

da mortalidade neonatal na Europa. Das situações de parto pré-termo, 30 a 35% são-no por indicação médica, 40 a 45% são espontâneos e 25 a 30% por rotura prematura de membranas (GOLDENBERG et al., 2008).

Neste campo de estágio, podemos constatar a existência de um protocolo referente à APPT no qual está descrito a definição, etiologia, intervenções de enfermagem e medicação inerente a esta alteração obstétrica. As grávidas que recorrem à Urgência e apresentem critérios de APPT são internadas com o intuito de promover o atraso do TP, dando-se início à estimulação da maturação pulmonar (recurso a betametasona IM) e procurando os melhores outcomes neonatais. A tocolise, a corticoterapia, a profilaxia para SGB, vigilância materno-fetal e repouso absoluto eram as possíveis intervenções mediante a idade gestacional e as condições neonatais.

Pelos resultados da pesquisa efetuada sobre a percepção da mulher que vivencia a gravidez de risco, pudemos verificar que a mulher face à situação de risco fica suscetível a uma maior vulnerabilidade e instabilidade emocional. Constatou-se, ainda, que os trabalhos existentes na sua maioria, priorizam os aspetos clínicos e fisiológicos de uma gravidez de risco bem como o controle das intercorrências gestacionais, mais do que fazem referência a qualquer preocupação com a mulher como pessoa que vivencia um período da sua vida muito crítico (PETRONI *et al.*, 2012).

2.1.2. Trabalho de Parto

A realização do estágio no núcleo de partos foi a etapa final do percurso de desenvolvimento e aquisição de competências. Após integração, foram igualmente traçados os objetivos específicos para esta etapa visando garantir a validação das competências exigidas pela diretiva europeia 2005/36/CE: cuidar de mulheres inseridas na família e comunidade durante o trabalho de parto. Assim, são objetivos específicos: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho

de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, efetuar registos de enfermagem no suporte informático SAPE de acordo com o instituído no serviço, pesquisar evidência científica para fundamentar a prática e cumprir o horário estipulado. Posteriormente serão descritos os cuidados prestados durante o percurso realizado no núcleo de partos.

No âmbito do exercício profissional o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Assim, foi possível prestar cuidados à mulher durante o trabalho de parto e parto (eutócico, distócico) e ao RN.

Existem intervenções protocoladas devidamente fundamentadas e atualizadas em consonância com a mais recente evidência científica, no entanto, por vezes era necessário adequar os mesmos à individualidade da mulher e da situação clínica.

As mulheres acolhidas no núcleo de partos, já em trabalho de parto, podiam ser oriundas do exterior, sala de indução ou sala de expectantes.

No processo de acolhimento, era inicialmente questionado qual o plano de parto visando garantir o sucesso e satisfação desta fase de transição para a parentalidade. Posteriormente, integram-se quer a mulher quer a pessoa mais significativa, que na maioria dos casos era o companheiro.

De acordo com a HumPar (Associação Portuguesa pela Humanização do Parto), o plano de parto deve ser de acordo com a personalidade e experiência de vida, gravidez e maternidade da mulher, visando uma boa experiência de parto. Este documento possibilita à mulher/casal exprimir os seus desejos em relação à rotina hospitalar na admissão ao parto (enemas, tricotomia, duche), no trabalho de parto (pessoa a acompanhar, música, número de exames vaginais, ingestão de líquidos, rutura de membranas artificial, luz, silêncio), na monitorização do bebé (intermitente, contínua), na gestão da dor (medicação alívio de dor, epidural, métodos não farmacológicos de alívio da dor – bola, massagens), na fase de expulsão (pessoa significativa, posição, tocar cabeça do bebé), na realização de episiotomia (realização só em casos de risco de vida ou laceração, realização independente da situação), com o recém-nascido (pessoa a cortar o cordão, ver

placenta, pegar bebê imediatamente, dar de mamar na 1ª meia hora de vida, ver primeiros cuidados ao bebê) e em caso de cesariana emergente.

Na prática, a maioria dos casais desconhecia o que era um plano de parto. No entanto, a forma encontrada para tornar esta experiência o mais gratificante possível era mediante a evolução do TP e Parto estabelecer um equilíbrio entre o preconizado e o desejado pela mulher/casal.

A verdade é que o nascimento de um filho é sem dúvida, atualmente, visto como um projeto de vida, que parece não permitir falhas ou tempo para desejos da mulher/casal. Apesar da tentativa de tornar a mulher participante no processo de tomada de decisão parece ainda subjugado. Compete ao EEESMO ser congruente e empático, contribuindo para o desenvolvimento de um clima caloroso e de segurança, que facilite a autonomia da mulher (GRAÇA, 2010).

É importante que a mulher conheça não só os cuidados prestados, mas o seu fundamento e que seja chamada a decidir a sua aplicabilidade. Não menos importante é transmitir a situação fetal e qual o prognóstico (LEITÃO, 2010).

No entanto, interessa salientar que *“(...) não importa qual seja a filosofia, é crucial que todos – desde o médico até à parturiente – compartilhem a mesma filosofia com relação ao processo do parto”* (RICCI, 2008, p. 278). Contudo é necessário que a população conheça os recursos disponíveis e as diferentes alternativas, bem como os benefícios e riscos de determinadas filosofias de assistência obstétrica, para que em posse desses conhecimentos decidam autonomamente e de forma responsável.

Refletindo sobre os cuidados prestados neste estágio, verificou-se que na maioria das tomadas de decisão a mulher/casal apenas era informada/o sobre as decisões encontrando-se hierarquicamente no fundo da pirâmide e o médico/enfermeiro decidia e comunicava as mesmas decisões. A tentativa de empoderar a mulher/casal esteve sempre presente, no entanto existem condicionantes hierárquicas e institucionais que condicionam a nossa atuação.

De acordo com o OE e APEO (2012), o parto é um acontecimento familiar, assumindo-se como aspetos essenciais a possibilidade da grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e pode contactar precocemente com a restante família.

O parto é o culminar de muitas tensões e anseios que se acumularam durante nove meses de gestação. O acompanhamento durante o trabalho de parto sugere-nos a existência de uma relação de solidariedade, entreajuda e reconforto psicológico, determinante no sistema interativo da tríade mãe/pai/filho.

Estas necessidades de acompanhamento e atenção, partem da compreensão de que o parto é um fenómeno de intensidade emocional e física, nas quais os fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interagem ao longo do trabalho de parto. Nesse momento, a parturiente pode experimentar diversos sentimentos e sensações, tais como, medo, angústia, alegria, tristeza e alívio que se podem traduzir de diferentes formas, desde a contenção até a expressão de sensações físicas e emocionais. (MOTTA e CREPALDI, 2005)

De acordo com a OMS, “...o apoio reconfortante constante de uma pessoa envolvida diminuiu significativamente a ansiedade e a sensação de ter tido um parto difícil, numa avaliação feita por puérperas 24 horas após o parto” (OMS 1996 p.26).

MOTTA e CREPALDI (2005, p.106) afirmam que “*Tais benefícios realizam-se como menor extensão de trabalho de parto, menor necessidade de usar analgesia, menor ocorrência de cesariana, menor índice de uso de fórceps, menor taxa de problemas de asfixia e presença de mecónio e menor ocorrência de infeção na mãe ou no recém-nascido*”. Importa salientar que o acompanhamento pela pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto sugere benefícios tanto para a grávida, como para o recém-nascido.

Em Portugal, segundo o Decreto-Lei nº 14/85 de 6 de Julho – Acompanhamento da mulher grávida durante o Trabalho de Parto, no artigo 1º (Direito ao acompanhamento) “*1 – A mulher grávida internada em estabelecimento público de saúde poderá, a seu pedido, ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo futuro pai e, inclusive, se o desejar, na fase do período expulsivo.*”, mais ainda “*2 – O acompanhante a que se refere o número anterior poderá, por vontade expressa da grávida, ser substituído por um familiar indicado por ela.*”

O direito ao acompanhamento foi respeitado pela instituição/profissionais salvo em situações de agravamento da situação clínica que implicassem intervenções cirúrgicas em bloco operatório, sendo que o acompanhante aguardava no núcleo de partos até terminado o período de recobro (2 horas pós-parto, condicionadas pela estabilização da puérpera e do recém-nascido).

As grávidas, após triagem efetuada no serviço de urgência, eram encaminhadas de acordo com a situação clínica, nomeadamente sala de indução ou expectantes se o trabalho de parto estivesse numa fase mais inicial ou salas de partos se já se verificava evolução do trabalho de parto.

Na admissão ao núcleo de partos, eram mostradas as instalações nomeadamente a cama atribuída, sanitários, zonas de circulação dos profissionais e dos acompanhantes. Era recolhida informação, quer através de entrevista quer do histórico da grávida referido no Boletim de Grávida nomeadamente paridade, tipos de parto anteriores (eutócico, distócico), dados dos recém-nascidos anteriores, idade gestacional da atual gravidez, fator de Rhesus, streptococos, dados antropométricos, situação social e contacto de familiar em caso de urgência.

No caso, das parturientes serem encaminhadas das salas de indução ou expectantes as mesmas normalmente vinham já cateterizadas, no entanto, em algumas situações era necessário puncionar e colocava-se em perfusão o lactato de ringer. Esta perfusão faz parte do protocolo, uma vez que a maioria das parturientes optava pela analgesia epidural e tendo em conta o risco de hipotensão.

Outra situação em que a intervenção era protocolada era o caso de diagnóstico de Diabetes gestacional ou Diabetes pré-existente à gravidez. Iniciava-se soro glicosado a 5% a um ritmo de 150ml/h, e eram efetuadas as pesquisas de glicemia capilar de 4/4h, associadas a um esquema de administração de insulina subcutânea também protocolado mediante os valores apresentados.

Dada a importância da vigilância do bem-estar materno fetal e prevenção de complicações, procedia-se à vigilância de sinais e sintomas de complicações da diabetes (hipoglicemia/hiperglicemia) dando resposta às competências preconizadas pela ordem no que diz respeito à vigilância de parturientes com patologia associada.

Verificou ser motivo de controvérsia entre os profissionais, o recurso ao enema de limpeza como intervenção protocolada. Apesar de protocolado, o uso de enemas de limpeza refletia-se apenas em situações que as parturientes referissem que o intestino não tinha funcionado recentemente. De acordo com a OMS, esta prática é considerada conduta claramente prejudicial ou ineficaz devendo ser eliminada. A posologia utilizada era duas bisnagas de microlax. Atendendo á literatura consultada sobre a temática, pode-se concluir que a maioria dos estudos apontam

para não recorrer ao enema como uma intervenção rotineira, pois não apresentam qualquer tipo de benefício para a mulher nomeadamente nas taxas de infeção materna e neonatal, na duração do TP, na deiscência da episiotomia, na dor da região perineal, na frequência da contaminação fecal e nos custos da assistência sanitária. Assim, apenas deve ser realizado a pedido da parturiente (REVEIZ, et al., 2008).

Perante esta problemática, a OMS tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com o parto normal, preconizando como objetivo da assistência ao parto, que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário (PATAH e MALIK, 2011).

Aquando da avaliação inicial se verificamos no boletim de grávida ou no processo que a parturiente apresenta *Streptococcus* positivo ou desconhecido procede-se à implementação do protocolo para estas situações. Com o intuito de contextualizar esta situação, consideramos pertinente salientar que o *Streptococcus agalactiae* (SGB) é o agente mais frequente de infeção neonatal precoce, sendo possível a sua prevenção.

Em Portugal é desconhecida a prevalência de mulheres colonizadas por SGB. O estudo da Unidade de Vigilância Pediátrica refere uma prevalência nacional de infeção neonatal por SGB de 0,5:1000 nados-vivos. No mesmo seguimento, o estudo realizado por Areal et al em Portugal concluiu que o rastreio bacteriológico positivo para colonização materna por SGB associado à adequada profilaxia intraparto reduziu significativamente a infeção neonatal precoce, quando comparado ao grupo de gestantes não rastreadas ($p=0,014$), considerando assim ser recomendável a instituição do rastreio universal das grávidas e a profilaxia adequada quando indicada.

O SGB tornou-se o agente bacteriano mais frequente de infeção perinatal. Trata-se de um coco Gram positivo, cujo reservatório natural é o tubo digestivo. Na grávida pode provocar infeção do trato urinário, amnionite, endometrite e bacteriémia. No recém-nascido (RN) pode ser responsável por infeção sistémica ou focalizada (meningite, pneumonia). Esta infeção em 75% dos casos é precoce, manifesta-se na primeira semana de vida, geralmente antes das 72 horas, mas pode ser tardia, surgindo entre a 1ª e a 4ª semana de vida. A colonização materna intraparto é o maior fator de risco para a doença neonatal precoce. O RN é infetado

fundamentalmente durante o TP, podendo também ser infetado, mais raramente, *in utero*. Por esta razão o recurso a cesariana não é considerado mecanismo preventivo de infeção perinatal (BRUMUND, 1998 e COLE, 2002).

Aponta-se na prevenção da septicemia neonatal o método de cultura com identificação das mulheres colonizadas no momento do parto. O momento de colheita privilegiado é entre as 35-37 semanas, que de acordo com Oliveira (2010, p. 105) demonstrou maior sensibilidade e especificidade para deteção de mulheres que permanecem colonizadas por ocasião do parto. Relativamente aos locais de colheita o mesmo autor defende que deve ser realizada no terço inferior do trato genital (intróito vaginal) e região anal (dentro do esfíncter anal).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) ao elaborar os consensos de Neonatologia em 2004 considerou como de risco para infeção neonatal precoce por SGB a colonização materna por SGB detetada entre as 35 e 37 semanas de gestação, ITU por SGB, em qualquer altura da gestação, gravidez anterior com infeção neonatal precoce por SGB, Prematuridade: IG <37 semanas, rotura de membranas igual ou superior a 18 horas, infeção intra-amniótica (corioamnionite) e febre materna igual ou superior a 38º C.

Enquanto EEESMO, procedeu-se à sinalização das mulheres que apresentaram resultado positivo nas culturas ou reuniam algum dos critérios supracitados de modo a inicializar a terapêutica profilática, com vista prevenir complicações anteriormente referidas.

Assim, o antibiótico de eleição para a profilaxia intraparto considerado pela SPP e utilizado é a penicilina (Penicilina G: dose inicial: 5 milhões unidades IV, seguida de 2.5 milhões unidades IV de 4-4 horas até ao nascimento) devendo a profilaxia ser iniciada pelo menos 4 horas antes do nascimento, com pelo menos 2 tomas de antibiótico antes do parto, exceto em casos de alergia à penicilina.

Ao longo do percurso realizado no núcleo de partos, colaborou-se na administração da Epidural. Foi possível perceber que a experiência dolorosa com o TP resulta de diversos estímulos altamente específicos recebidos e interpretados de forma individual pela grávida, bem como modificados por circunstâncias emocionais, motivacionais, cognitivas, sociais e culturais

Dado que muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa saber e perceber melhor a forma como a grávida antecipa o parto, nomeadamente para a ajudar a preparar-se e a participar mais adequadamente no parto.

Perante este facto é essencial promover a autonomia e a tomada de decisão das mulheres, especificamente, no parto. A possibilidade de ter um acompanhante é a única inovação que algumas conhecem. A experiência do parto anterior e as informações obtidas com outras mulheres são as bases da construção das suas expectativas em relação ao parto. Um maior envolvimento das mulheres informadas *“(...) pode ser uma forma importante de modificar a visão do que é aceite e do que é importante na assistência oferecida pelos serviços de saúde, facilitando a mudança.”* (SILVA, 2012, p.32)

GRAÇA (2010) defende que as repercussões da dor sobre a atividade uterina podem em casos extremos conduzir a episódios de hipertonia uterina, com consequente efeito sobre a oxigenação fetal. Por outro lado, a adrenalina e o cortisol têm propriedades útero-inibidoras, pelo que a sua ação se traduzirá na diminuição da atividade uterina e por consequência o arrastar do TP. De acordo com o mesmo autor considera-se o bloqueio epidural, tendo em consideração o supra mencionado, melhorando a dinâmica do TP.

Assim, estiveram sempre disponíveis métodos de alívio da dor quer não farmacológicos quer farmacológicos. Na via farmacológica, de acordo com o mesmo autor enumeram-se as técnicas: sistémica, inalatória e loco regional (epidural e bloqueio subaracnoideu).

Os fármacos utilizados na analgesia através de cateter epidural eram a ropivacaína e o sufentanil. A ropivacaína permite elevar a ocorrência de partos espontâneos, menor cardiotoxicidade e menor bloqueio motor, por outro lado, acarreta o risco de hipotensão e bradicardia se utilizado em elevadas concentrações. No entanto, tendo em conta, a sua utilização em associação com o sufentanil potencia a ação dos mesmos sem haver necessidade de concentrações tão elevadas. Estes podem contudo, provocar náuseas, vômitos, prurido e depressão neonatal, como efeitos secundários (GRAÇA, 2010).

Relativamente aos métodos de alívio da dor não farmacológicos, estes podem não ter a mesma eficácia para o alívio da dor como a epidural (ANIM-SOMUAH, et

al., 2008), no entanto, permitem efeitos analgésicos sem necessidade de uma técnica invasiva, que sendo inócuos para a gestante e para o feto, permitem à parturiente sentir-se mais protagonista do acontecimento que vivência, participando de uma forma mais ativa (OMS, 1996). Entre estes métodos destacamos as técnicas de relaxamento, de distração, de respiração e as massagens (SMITH et al, 2008). Enquanto EEESMO, no que se refere ao fornecimento de informações tranquilizadoras e quanto mais informada estiver a parturiente e o seu acompanhante, menor será o medo ao desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Tudo isto permitirá diminuir a sua perceção da dor (FIGUEIREDO, 2004).

No meu percurso, recorreu-se maioritariamente à epidural para controlo da dor tendo participado na assistência a duas parturientes que não foram submetidas a nenhuma técnica invasiva. Numa fase inicial a primeira abordagem em caso de queixas algícas, era a administração de Petidina ou tramadol. De acordo com um estudo elaborado por Keskin [et al.] (2003), cujo objetivo era avaliar e comparar a eficácia analgésica e os efeitos adversos de tramadol e petidina em trabalho de parto concluiu-se que a petidina parece ser a melhor alternativa na analgesia obstétrica por ter uma eficácia analgésica superior e baixa incidência de efeitos colaterais maternos.

Era criteriosa a verificação de todo o material nas várias salas de partos, através de uma check-list, onde era enumerado todo o material e fármacos indispensáveis para a prática segura, nomeadamente, a naloxona uma vez que é o antídoto dos opióides.

O EEESMO colabora providenciando o material para a colocação do cateter epidural, bem como, no posicionamento da parturiente e gestão do ambiente físico. A nível de vigilância o EEESMO garante que a perfusão de lactato de ringer está a perfundir (risco de hipotensão), lateraliza a parturiente, procede à monitorização dos sinais vitais maternos e fetais (através do CTG) e promove ambiente adequado ao bem-estar da parturiente e acompanhante.

De acordo com a evidência científica consultada, a avaliação do bem-estar materno-fetal (CTG) através da deteção precoce dos possíveis efeitos secundários da analgesia centraram-se na vigilância de hipotensão, prurido, bradicardia fetal,

náuseas e vômitos, sedação e bradipneia, retenção urinária e alteração da temperatura corporal.

Focando a monitorização contínua, a OMS (1986) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia defendem que para o controlo e seguimento do estado fetal em dilatações e em expulsivos de baixo e médio risco, pode-se realizar uma monitorização intermitente. Isto permite à grávida uma livre deambulação e a possibilidade de adotar diferentes posturas, melhorando a dinâmica uterina; reduzindo o período de dilatação e expulsivo; diminuindo os registos patológicos; aumentando o controlo da mãe, atenuando a percepção dolorosa e consequentemente, a menor utilização de analgesia epidural (LOWDERMILK, et al., 2008).

A alteração da temperatura corporal promovida pela administração de analgesia epidural permanece como motivo de investigação na comunidade científica, no entanto, o consenso parece apontar para o desequilíbrio entre a produção e eliminação de calor (o aumento da produção de calor dá-se pelo aumento da incidência de arrepios maternos durante o parto e aumento do metabolismo materno; e a diminuição da eliminação de calor dá-se pela diminuição do limiar da sudorese e diminuição da hiperventilação durante o parto) e a perturbação da termorregulação central, promovendo alteração dos aferentes centrais, o que leva à sensação equivocada de frio e consequente diminuição da perda de calor para tentar manter a temperatura corporal mais elevada, além de aumento da temperatura central a nível do hipotálamo, por um mecanismo ainda não elucidado (FAOLF, 2010)

Assim, relativamente à febre intraparto, FAOLF (2010) afirma que a equipa multidisciplinar que acompanha a parturiente deve estar ciente de que febre materna intraparto é mais frequente em mulheres submetidas à anestesia epidural, não havendo associação com morbilidade infecciosa materna e neonatal, nem efeitos negativos para o binómio mãe-bébé, se esta for a única causa de hipertermia. De acordo com o mesmo autor, podem ser evitados os exames para pesquisa de infeção, bem como o uso indiscriminado de antibióticos na presença de febre intraparto. Por outro lado, CUNNINGHAM [et al.] (2012) afirma que em caso de febre persistente, igualmente é necessário recorrer a ATB para uma suposta corioamnionite.

No que concerne à cateterização vesical, esta era uma técnica frequentemente realizada na sala de partos após analgesia epidural. A mesma atendia à necessidade de garantir a não ocorrência de globo vesical o que iria interferir com a progressão normal do TP. Foi sempre incentivada a micção espontânea com intervalo de 1-2 horas, onde era controlado o débito urinário o que condicionava a prática da cateterização vesical.

De acordo com as recomendações da OMS para a assistência ao parto normal as parturientes devem ter liberdade de movimento e posições, assim como, devem ser evitadas técnicas como a cateterização vesical visto aumentar o risco de infecção, de lesão da uretra e representar uma prática dolorosa.

No que se refere à restrição de líquidos e alimentos durante o TP esta proibição parece não ter justificação na gravidez de baixo risco. As mulheres em TP referem não sentir muita necessidade de comer, mas sim de ingerir líquidos (OMS, 1996). Existem outras posições nomeadamente que a restrição de alimentos e/ou bebida durante o TP pode conduzir em desidratação ou cetose (CARAVACA, et al., 2009), em oposição o jejum está recomendado se existir probabilidade de uma cesariana ou de anestesia geral (NICE, 2007).

Ao longo do decorrer do TP do CTG era inquietante pelo que se procedia à colocação de um elétrodo no escalpe fetal para avaliação da FCF – electrocardiograma (ECG). Esta intervenção era realizada por um obstetra apenas se fossem reunidas as condições necessárias nomeadamente 1 cm de dilatação cervical e a parturiente apresentar rotura prévia de membranas (WHITWORTH, et al., 2010).

Cochrane identifica em um dos seus estudos (2008) amniotomia como rutura intencional das membranas amnióticas durante o TP, podendo também ser denominada como “Rebentar da bolsa de águas”, considerando este procedimento como um dos mais comuns procedimentos em Obstetrícia e na arte de partejar.

Considera-se importante perceber quais os principais objetivos da realização da amniotomia, bem como, analisar as vantagens e desvantagens do seu uso visando uma prática segura e baseada na evidência científica. Assim, de acordo com o The Royal College of Midwives (2005) existe uma panóplia de motivos que podem induzir a realização da amniotomia nomeadamente para ter acesso às condições fetais verificando a presença de mecónio no Líquido Amniótico (LA), para

introdução de dispositivos, tal como o elétrico no escalpe fetal e pela suposição que aumenta as contrações uterinas que por sua vez aceleram o progresso do TP.

No entanto, apontam para a necessidade de avaliar o uso da amniotomia (RAM) como rotina. O Centro de Eficácia Clínica na Universidade Monash na Austrália avaliaram a necessidade de RAM no processo de indução, sendo que as conclusões apontam para a conservação das membranas intactas com o intuito de reduzir as infecções maternas, o risco de compressão de cordão, as transfusões sanguíneas e desacelerações variáveis severas.

Do mesmo modo, um estudo da Cochrane (2008) cujo principal objetivo era identificar a eficácia e a segurança da realização da amniotomia, por si só, na redução da duração dos TP que ocorriam espontaneamente e na redução da duração dos TP que ocorriam espontaneamente mas se tornavam prolongados, conclui que não se deve realizar amniotomia como medida de rotina. Por outro lado, Fraser [et al.] (1993) defende que a realização da RAM previne a distocia principalmente nas primíparas.

A verdade é que na comunidade científica a amniotomia permanece uma temática controversa devido ao conflito de opiniões sobre os riscos e benefícios quer para a mãe quer para o feto. Colaboradores da Cochrane concluíram que a intervenção precoce (1 estágio do TP) com a amniotomia e ocitocina parece estar associada à diminuição da duração do TP (1-2 horas) e, quando comparada com outras parturientes que não foram sujeitas a amniotomia, uma acentuada redução no número de cesarianas por distocia. (WEI et al., 2009). ZWELLING (2010) acrescenta que estas intervenções condicionam a mobilidade da parturiente podendo levar ao TP estacionário e por sua vez à cesariana.

No entanto a NICE mantém a posição de que a amniotomia com ou sem ocitocina não deve ser utilizada como método primário de indução, a não ser que a indução vaginal com prostaglandinas (PGE_2) esteja contra-indicada (NCCWCH/NICE, 2008).

Foram consideradas as situações em que era contra-indicado o recurso à amniotomia nomeadamente as gravidezes de alto risco a não ser que fosse necessária a monitorização fetal direta. São consideradas situações de alto risco se estamos perante um TP prematuro, se a idade materna <17 ou >35 anos, se a

parturiente apresentar doença sistémica (Diabetes Mellitus, HTA, SIDA), se múltipla gestação ou placenta prévia.

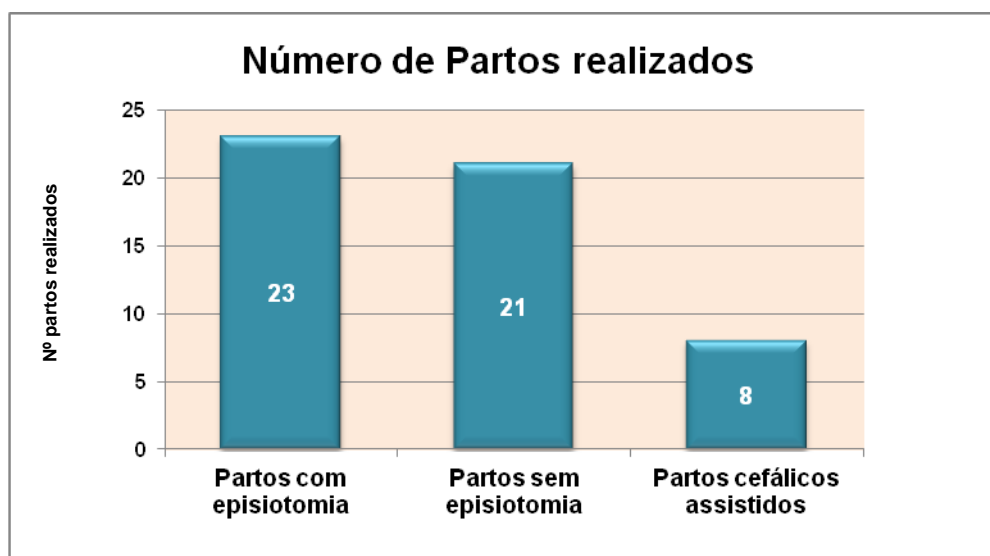
O risco de infeção é elevado pelo que o registo da hora da realização da amniotomia, da quantidade de LA, cor, cheiro e presença de mecónio ou sangue podem ser indicadores de sofrimento fetal. Se num intervalo de 12 horas o parto não ocorrer deve ser considerada a cesariana.

A indução do trabalho de parto foi outra realidade com a qual me deparei ao longo do estágio. A avaliação das grávidas que davam entrada para indução eram acolhidas no serviço e eram recolhidos dados para completar a sua avaliação inicial, visando perceber os antecedentes pessoais que pudessem condicionar a evolução do TP.

De acordo com a diretiva do parlamento europeu e conselho de 2005 relativo à formação da parteira afirma que esta enquanto aluna deve realizar, pelo menos, 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos. Assim, no decurso do processo formativo foi possível monitorizar, vigiar e executar 44 partos, ultrapassando a meta dos 40 partos para a aquisição de competências conducentes ao título de EEESMO. No entanto, verificaram-se situações de monitorização e vigilância do TP que culminaram em partos distócicos, experiências fundamentais para a evolução do processo formativo. Seguem-se duas tabelas onde constam o número de grávidas assistidas com gravidez de risco ou normal, bem como se foi aplicada episiotomia ou não e número de partos assistidos em posição cefálica.

TABELA 2: Distribuição do número de partos de acordo com o tipo de gravidez.

Gravidez de Risco	6
Gravidez Normal	38

FIGURA 1: Partos com episiotomia, sem episiotomia e partos cefálicos

De entre as parturientes que foram admitidas no Núcleo de Partos, verificou-se que a maioria já se encontrava na fase latente do TP. Este pode dividir-se em três estádios: o 1º estádio (dilatação) decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo; o 2º estádio (período expulsivo) começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o 3º estádio (Dequitação) decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais. Divide-se ainda o 1º estádio em fase latente e fase ativa. A fase latente, anteriormente referida como sendo a fase em que a maioria das parturientes eram acolhidas no núcleo de partos, decorre desde o início das contrações regulares em que o colo está completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação segue-se então a fase ativa a um maior ritmo até atingida a dilatação completa (GRAÇA, 2010).

Uma adequada evolução do TP, como defende a OMS (1996), passa por um adequado diagnóstico da fase do TP em que se encontra a parturiente. Por outro lado, um diagnóstico incorreto do TP pode conduzir a estados de ansiedade e intervenções desnecessárias. Demonstrou-se necessário informar as parturientes das vantagens e desvantagens da Indução do TP. Na MJD, recorre-se ao índice de bishop (IB) que consiste numa escala quantitativa desenvolvida em 1964 para avaliação do grau de maturação do colo uterino incluindo cinco parâmetros: o grau

de dilatação do colo uterino, a extinção, a posição e consistência do colo e o nível de descida do feto no canal pélvico. Atualmente tornou-se o mais frequentemente utilizado sistema de pontuação cervical para prever o resultado de parto induzido.

A tabela seguinte ilustra a pontuação atribuída a cada situação, sendo atribuído o melhor prognóstico ao somatório mais elevado de pontuação. Por outro lado, se o somatório for inferior a 6 o sucesso da indução pode estar comprometido conduzindo provavelmente a uma cesariana.

FIGURA 2: Índice de Bishop.

Índice de Bishop				
	Índice			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5
Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura	-3	-2	-1 ou 0	+1
Consistência	Firme	Média	Mole	2
Posição	Posterior	Média	Anterior	2

Fonte: (Rezende, 2011), *Obstetrícia Fundamental*

Da evidência científica consultada as prostaglandinas são, desde os anos 80, os agentes farmacológicos de eleição na maturação do colo uterino tendo em vista o sucesso da indução do TP e consequentemente o parto vaginal. Visando uma prática antecipatória estiveram sempre presentes as complicações mais frequentes recorrentes do uso de fármacos na indução do TP, nomeadamente taquissistolia uterina (hipoxia fetal), alterações da FCF, falência de indução do TP com consequente aumento da taxa de cesariana e a rotura uterina.

Assim, procedeu-se ao registo da evolução do TP, a dinâmica uterina, a FCF, os sinais vitais maternos, o estado da bolsa amniótica e a cor do líquido amniótico no partograma, sendo essencial para uma avaliação objetiva sobre o desenvolvimento deste, onde a tomada de decisões baseada em dados objetivos será mais eficaz (ROCHA, 2009). Uma revisão da literatura realizada por LAVENTER [et al.] (2008) publicada na Cochrane Library, recomenda que as informações obtidas através do uso do partograma sejam utilizadas como base na análise da evolução do TP entre profissionais e utentes.

Esta modalidade de registro surgiu com Emanuel Friedman, em 1951, ao analisar a evolução do trabalho de parto em primíparas, e observou uma relação entre o tempo do trabalho de parto e a dilatação cervical (Vasconcelos et al., 2013). A importância do partograma confirma-se quando, num momento definido, se avalia a completa evolução do parto; traz todas as informações necessárias: a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e a analgesia. O exame completo de todas essas variáveis permite conhecer a evolução do parto e os fatores etiológicos responsáveis pela sua evolução normal e anormal. Deste modo, na assistência obstétrica o EEESMO deve compreender a importância do uso sistemático e possuir habilidade na utilização do Partograma, pois, é uma necessidade daqueles profissionais que pretendem ter uma atuação competente, humanizada, segura e assertiva à parturição.

A comunicação por meio do Partograma da mulher durante o TP estabelece uma relação interdisciplinar, evitando intervenções repetidas ou desnecessárias, bem como, posturas contraditórias entre os membros da equipa que assistem à parturiente. Esta dinâmica era garantida através do toque vaginal para avaliação e posterior registo no partograma da progressão do TP.

Os guias de orientação da Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia – SOGC - e o American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, (Guidelines) classificam o partograma como nível I de evidência científica. E, as evidências apontam para a diminuição da morbimortalidade materno-fetal quando se usa rotineiramente o partograma, por permitir o diagnóstico do parto obstruído/prolongado. O uso rotineiro dessa tecnologia obstétrica, é considerada ferramenta básica para a assistência materna.

Ao longo do decorrer de estágio foi possível observar a realização de vários toques vaginais, quer por EEESMO quer por Obstetras que assumiram o papel de tornar exequível esta intervenção indispensável para avaliação da progressão do TP. Posteriormente foi-se aperfeiçoando a destreza e percepção da correta forma de o fazer, tornando a nossa avaliação precisa e concordante com a avaliação dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a tomada de decisão que mais se adequava a cada parturiente.

Na equipa que integramos, os tutores, foram os pilares na aquisição de competências no desenvolvimento de práticas, incentivo esse que garantiu a concretização de objetivos pessoais e profissionais

Relativamente à realização do toque e analisando a evidência sobre esta temática verifica-se que a ocorrência de toques sistemáticos sem qualquer tipo de limitação aumenta o risco de infeção e consequente morbilidade. No entanto, é a intervenção mais realizada no núcleo de partos, talvez para segurança dos profissionais de saúde, com o intuito de garantir o bem-estar materno fetal. Momentos como a admissão, sensação de esforços expulsivos, ocorrência de rotura de membranas ou quando ocorrem desacelerações variáveis da FCF (LOWDERMILK, et al., 2008), foram algumas das causas para realização do toque vaginal.

O EEESMO deve ser capaz de avaliar as circunstâncias que envolvem os vários TP tendo em consideração a individualidade de cada mulher no momento de realizar o toque vaginal, Assim, fui estabelecendo os critérios que reunidos justificavam a realização do toque, solicitando permissão e justificando a pertinência do mesmo.

A realização deste exame permite avaliar a apresentação, posição e variedade (APV); A extinção e dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, qual a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), o plano de Hodges, em que se encontra o nível de descida da apresentação no canal de parto e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa).

A atividade miométrica do início do trabalho de parto possibilita a extinção e a dilatação completa do colo uterino. Extinção cervical significa o encurtamento progressivo canal cervical e o afilamento de suas paredes. A mesma é descrita por percentagens que variam de 0% (não extinto e grosso) e 100% (totalmente extinto e fino como papel). A dilatação cervical refere-se à ampliação progressiva do orifício cervical que começa em menos de 1 cm e chega a cerca de 10 cm (dilatação completa) permitindo a passagem do feto do útero para a vagina. Como as fibras musculares do útero permanecem encurtadas mesmo após a cessação de uma contração, a cavidade uterina diminui de tamanho. Essas ações forçam o feto para baixo em direção ao orifício cervical. Em geral a sequência de fenómenos nas

nulíparas implica que só se inicia a dilatação após a extinção completa do colo e nas multíparas a extinção e a dilatação dão-se em simultâneo (GRAÇA, 2010).

A posição do colo é determinada pela relação entre o óstio cervical e a apresentação fetal. Pode ser central, anterior ou posterior. A consistência pode ser classificada de mole, firme ou intermédia.

A estática fetal é a relação entre o feto, o útero e a bacia. O feto de 50 cm tem de se adaptar ao útero de 30 cm, assim o maior diâmetro do feto passa a ser de 25 cm após a flexão generalizada (braços, pernas e pescoço). Existem definições essenciais para a avaliação obstétrica nomeadamente a atitude fetal cuja definição assenta na relação entre as diversas partes fetais entre si. Graças às articulações do occipito cervical, o feto assume a atitude de flexão generalizada assumindo uma postura ovóide com cerca de 25 cm, a qual é condicionada pela quantidade de líquido amniótico (Quanto maior a quantidade de líquido amniótico, menor será a flexão do feto). Por outro lado considera-se a situação fetal que corresponde à relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo materno, podendo ser longitudinal (quando os dois eixos se coincidem), transversal (quando o maior eixo do feto é perpendicular ao maior eixo materno) e oblíquo (situação transitória que evoluirá para longitudinal ou transversal). A apresentação é o que nos permite caracterizar a parte fetal acessível ao toque vaginal, podendo esta ser cefálica, pélvica ou espádua.

Durante o estágio, todos os partos realizados foram em apresentação cefálica, sendo que foi possível observar um parto em posição pélvica e um em espádua. De todo o modo, visou-se sempre adequar as intervenções à APV das situações apresentadas, uma vez incorporados os conhecimentos dos mecanismos do TP e dos tipos de apresentação.

Era também avaliada a altura ou acomodação que é entendida como a relação entre a apresentação e os diversos níveis de pelve, podendo ser designada como sinclitismo (momento em que o diâmetro sagital coincide com um diâmetro oblíquo direito ou esquerdo do canal de parto – situação normal) ou assinclitismo (a sutura sagital do feto inclina-se mais para um lado do que para o outro podendo ser denominado anterior ou obliquidade de Nagele- inclina-se mais para o promontório; ou posterior ou obliquidade de Litzmann – inclinando-se mais para a sínfise púbica).

Avaliava-se ainda os graus evolutivos relacionados com a altura da apresentação o que nos fornecia dados sobre a evolução do TP.

Assim, a apresentação pode ser considerada alta e móvel (apresentação afastada, não ocupando o estreito superior), ajustada (ocupa a área do estreito superior) ou insinuada (o maior diâmetro da apresentação transpõe o estreito superior). De modo, a perceber a altura da apresentação pode-se recorrer ao esquema de De Lee que considera como ponto de referência as espinhas isquiáticas. Se a apresentação estiver acima deste ponto é considerado negativo (variando de -1 a -5) se estiver abaixo é considerado positivo (variando de 1 a 5).

No entanto, a terminologia utilizada e registada a nível de partograma era baseada no esquema de Hodge (Planos de Hodge). O primeiro plano corresponde ao bordo superior da sínfise púbica, o segundo plano ao bordo inferior da sínfise púbica o terceiro às espinhas isquiáticas e o quarto plano à extremidade do cóccix. Fazendo a correspondência entre os dois autores diz-se que o nível "0" de De Lee corresponde ao terceiro plano de Hodge uma vez que ambos se encontram à altura das espinhas isquiáticas.

Relativamente à posição esta é considerada a relação entre as costas do feto e o lado direito ou esquerdo da mãe. Sendo direita quando o dorso do feto está virado para o lado direito da pelve materna ou esquerda se o dorso do feto está virado para o lado esquerdo da pelve da mãe.

Uma vez que os partos realizados foram de apresentação em vértice ou cefálica é importante expor os mecanismos deste tipo de apresentação denominados de movimentos cardinais do parto. O TP desenrola-se como fruto da combinação harmoniosa de sete movimentos cardinais: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. O *encravamento* que consiste na passagem do maior diâmetro transversal da apresentação fetal (diâmetro parietal) através do estreito superior. A *descida* resulta da ação de várias forças: pressão do líquido amniótico, enquanto as membranas estiverem intactas, pressão direta do fundo uterino sobre a pelve fetal e contração dos músculos abdominais maternos e fenómenos de moldagem fetal. A flexão ocorre sempre que o polo cefálico fetal encontra resistência, seja esta oferecida pelo colo do útero, seja pelo canal de parto. Neste movimento, o mento aproxima-se da face anterior do tórax, de modo a oferecer o menor diâmetro possível, ou seja, o diâmetro occipito-frontal (cerca de

12,5 cm) é substituído, através da flexão, pelo diâmetro suboccipito-bregmático (que mede cerca de 9,5 cm).

A *rotação interna* (é o movimento essencial para que o TP evolua. Habitualmente só acontece quando o polo cefálico atinge o plano 0, ou seja, quando a apresentação está encravada. Este movimento leva o occipital a rodar no sentido da sínfise púbica (movimento de 45° nas variedades anteriores e 90° nas transversas), colocando-se o diâmetro sagital da apresentação coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto. Outro mecanismo é a *extensão* acontece quando o pólo cefálico fletido, atinge o plano da vulva, iniciando-se um movimento contrário ao da flexão, o qual leva a base do occipital ao contato direto com o bordo inferior da sínfise púbica. Este movimento ocorre pela ação da contração uterina e pela resistência oferecida pelos músculos pélvicos e pela sínfise púbica. Segue-se a *rotação externa* A *rotação externa* acontece após a exteriorização do pólo cefálico pela ordem: occipital, bregma, fronte, nariz, boca e mento, este retoma à atitude anterior à rotação interna. Este movimento designa-se de *reconstituição*, continuando a rotação externa até que o diâmetro sagital da cabeça fetal se coloca numa posição transversa, sendo este movimento acompanhado pelo tronco do feto, levando o diâmetro bi-acromial a colocar-se no diâmetro ântero-posterior do estreito inferior, facilitando a expulsão fetal. Por fim dá-se a *expulsão* fetal quase imediatamente após a rotação externa. Sai de seguida o ombro anterior sob a sínfise púbica e o ombro posterior distende o períneo posterior. Após a saída dos ombros, o restante corpo fetal rapidamente é expulso.

Apesar do acima descrito, na prática existem muitas variações tendo em conta a individualidade de cada mulher-feto, no entanto as variedades posteriores e anteriores parecem não variar muito entre si. De acordo com GRAÇA (2010), quando as contrações são eficientes, o tamanho do feto não é excessivo e a cabeça esteja devidamente fletida, a maior parte das variedades posteriores roda no sentido anterior, uma vez alcançado o pavimento pélvico.

De acordo com FRASER (2010) à medida que o feto desce o tecido mole e as estruturas ósseas exercem pressões que levam à descida através do canal de parto por uma série de movimentos, coletivamente estes movimentos são denominados mecanismo do trabalho de parto.

Nas semanas que precedem o início do TP, o abdómen da grávida sofre alterações nomeadamente a nível da pressão sínfise-fundo. Este facto deve-se ao desenvolvimento do segmento inferior, à descida da apresentação e diminuição do líquido amniótico (cerca de 125 ml/ semana). Por outro lado, ocorrem contrações uterinas que se caracterizam pela sua irregularidades e pela sua breve duração (normalmente provocam dor e desconforto nos quadrantes inferiores do abdómen mas não dilatação do colo). Assim, considera-se que o TP se inicia clinicamente quando se instalam contrações uterinas dolorosas ao mesmo tempo que o colo se apaga e inicia a dilatação (GRAÇA, 2010).

A evolução do TP deve ser um processo natural que se desenvolve sem grande intervenção por parte dos profissionais de saúde. Porém, existem casos em que por algum motivo a mesma evolução não segue os padrões normais, condicionando assim, a forma de atuação. Nestas situações, a equipa médica acaba por ter de intervir instrumentando o TP, o que nem sempre implica que houvesse situações de distócia.

O termo distócia significa literalmente parto difícil que se caracteriza pela evolução do TP anormalmente lenta e ocorre em função de anormalidades distintas que podem acontecer isoladas ou em combinação. Simplificando estas anormalidades podem ser agrupadas em três categorias: relacionadas com as forças – contratilidade uterina e esforço materno para a expulsão da criança; com o passageiro – feto; e com a passagem – pelve (CUNNINGHAM et al., 2012).

Deste modo, são identificados dois grandes grupos de mecanismos responsáveis pela distócia. Em primeiro, os mecanismos de natureza dinâmica em que as anomalias correspondem às forças expulsivas quer relacionadas com a disfunção contrátil uterina quer com esforço muscular voluntário inadequado durante o período expulsivo. Define-se como disfunção contrátil uterina, a ausência de forças suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para provocar o apagamento e a dilatação cervical. Por outro lado, existem os mecanismos de natureza mecânica, advindo de alterações a nível da apresentação, da posição ou das dimensões feto e das anomalias da bacia materna (contração pélvica) ou do canal de parto (pela existência de obstáculos à progressão descendente do feto não devidos a contração pélvica).

É importante relembrar que o TP se divide artificialmente em duas fases distintas: fase latente e fase ativa. A fase latente geralmente tem uma duração de várias horas, durante as quais se verifica uma modificação cervical caracterizada por contrações uterinas de intensidade moderada, de curta duração e de frequência variável. De seguida, surge a fase ativa em que o padrão de evolução acelera e a dilatação passa a evoluir um a dois centímetros por hora, descendo a apresentação em simultâneo. Este padrão de descida é muito variável: nas nulíparas o polo cefálico do feto pode encontrar-se já abaixo do plano imaginário que rasa as espinhas ciáticas (plano 0) mesmo antes do início do TP; por outro lado nas múltiparas a descida da apresentação com frequência só se inicia quando a dilatação já está praticamente completa.

A visualização do partograma pelas EEESMO e pelos Obstetras permite decidir a necessidade de intervir precocemente, nomeadamente com a realização da amniotomia, estimulação da contratilidade uterina com ocitocina ou a prática de uma cesariana.

TABELA 3: Padrões anómalos do TP e critérios de diagnóstico

Padrão de TP	Critérios de diagnóstico	
	<i>Nulíparas</i>	<i>Múltiparas</i>
F. latente prolongada	< 20 h	> 14 h
F. activa prolongada	< 1,2 cm/h	< 1,5 cm/h
F. desaceleração prolongada	> 3 h	> 1 h
Paragem secund. dilatação	> 2 h	> 2 h
Progressão da apresent. prolong.	< 1 cm/h	< 2 cm/h
Ausência de progressão	Ausência de descida: apresentação no segundo estágio durante ≥ 1 hora	

Fonte: (Graça, 2010), *Medicina Materno-Fetal*

As distócias do TP verificadas foram maioritariamente de origem dinâmica pelo que serão as mais abordadas ao longo deste relatório. Os conhecimentos sobre a temática tiveram de ser incrementados para a aquisição de mais uma competência nomeadamente a distinção entre uma distocia dinâmica ou outra causa subjacente que estivesse a alterar a contractilidade uterina. Assim, nos casos de disfunção contrátil podemos verificar a de origem hipotónica e de origem hipertónica. No primeiro caso, verifica-se um discreto aumento da pressão intra uterina, verificado

durante as contrações, que se torna insuficiente para promover uma dilatação satisfatória, já quando a dilatação cervical atingiu os quatro centímetros.

A atuação prende-se inicialmente na avaliação da existência de incompatibilidade feto-pélvica (IFP). De acordo com GRAÇA (2010), existe compatibilidade feto-pélvica se se reunirem as seguintes condições: conjugado diagonal normal, paredes da bacia quase paralelas, espinhas ciáticas não proeminentes, curvatura do sacro não aplanada, ângulo sub-púbico superior a 90°, apresentação fetal de vértice, polo cefálico encravado ou descendo na escavação pélvica quando se pressiona manualmente o fundo uterino (manobra de Hillis-Muller). No caso, de não se verificarem estas condições recorre-se à “Prova de trabalho de parto”, a qual se executa do seguinte modo: sob monitorização cardiotocográfica fetal contínua, inicia-se perfusão ocitócica em ritmo progressivo até se obter contratilidade regular, mantendo a partir daí o ritmo da perfusão atingido, a prova será interrompida no caso de surgirem sinais de sofrimento fetal, ou se perante uma dinâmica uterina suficiente, não se verificarem modificações no colo ou progressão da apresentação. Se o diagnóstico de IFP não suscitar dúvidas a conduta apropriada será a cesariana.

A maioria das parturientes já vinha da sala de indução ou de expectantes cateterizada e com perfusão com ocitocina em curso. Trata-se de um fármaco que atua na contractilidade uterina. A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis, mais afirma que o seu uso é desnecessário e pode ser prejudicial. Porém, recomenda o uso de ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue. Foi prática constante, sempre que utilizada ocitocina, a vigilância de sinais vitais, contratilidade uterina e sinais de sofrimento fetal.

Assim, se as contrações excediam os 60 segundos de duração ou se se verificassem desacelerações da FCF, a perfusão ocitócica era interrompida ou o seu ritmo era diminuído. A semivida da ocitocina é de cerca de 5 minutos no plasma materno pelo que as concentrações desta diminuem rapidamente (GRAÇA, 2010). Foram consideradas a extrema precaução e vigilância em situações de maior risco de *rotura uterina* (grandes múltiparas – paridade > 5; cesariana segmentar nos antecedentes, etc.) e *casos de apresentações fetais anómalas* ou *hiperdistensão uterina* (gravidez multifetal, hidrâmnios, macrossomia fetal). Pode ainda, ocorrer a

hiperestimulação definida como uma alteração da contratilidade uterina (taquissístolia ou hipertonia) que ocasiona alteração na frequência cardíaca fetal conduzindo a situações de hipoxia fetal, situações como o prolapso do cordão, situação transversa ou placenta prévia, situações estas que contraindicam o uso da ocitocina (LOWDERMILK, et al., 2008).

A ocitocina também tem ação a nível do aparelho cardiovascular e neurológico (convulsões) se for administrada em altas doses, pode provocar uma queda da tensão arterial e aumento dos batimentos cardíacos. Por este motivo a monitorização dos sinais vitais da mulher e bem-estar fetal foi sempre alvo da nossa vigilância após administração da ocitocina (CUNNINGHAM, et al., 2012).

Quando a ocitocina está em perfusão e é detetada uma frequência de contração uterina de cinco em dez minutos, sete em quinze minutos ou traçada de CTG com FCF desfavorável, esta deve ser suspensa de imediato (CUNNINGHAM, et al., 2012).

A etiologia mais habitual destes casos, prende-se com o uso de doses altas de ocitocina mas também pode ser devido a descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) o que provoca desacelerações no traçado de CTG.

Quando eram detetadas estas situações, algumas medidas eram implementadas imediatamente como a suspensão da perfusão de ocitocina, a mudança de decúbito da parturiente e era iniciada oxigenoterapia reportando também a situação ao obstetra.

O uso da ocitocina, enquanto fármaco poderoso, acarreta especial precaução na sua utilização tendo em conta as complicações que podem decorrer da sua incorreta utilização, nomeadamente a retenção hídrica que resulta do seu efeito antidiurético quando perfundida a ritmos superiores a 20 m U I / minutos juntamente com a administração de fluídos não controlada. Assim, não devem ser administradas grandes doses de ocitocina intravenosa mas sim optar pela forma diluída (10 UI diluídas em 1000 ml de soro glicosado a 5 %) que se torna eficaz e segura. Porém decorridas duas ou três horas após o início da terapêutica ocitócica o colo não se modifica apreciavelmente deverá ponderar-se o parto por cesariana.

De acordo com a Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS NORTE, I.P.A, a indução do trabalho de parto está longe de ser isenta de riscos,

principalmente na ausência de condições do colo uterino favoráveis à mesma. Entre os principais riscos destacam-se o trabalho de parto prolongado (superior a 24 horas), a hiperestimulação uterina com baixa oxigenação fetal, a rutura uterina, a hemorragia pós-parto; a corioamniotite (quando associada a rutura de membranas prolongada), o parto vaginal instrumentado e a cesariana.

Recomenda-se que durante a indução do trabalho de parto haja uma enfermeira por gestante para fornecer um cuidado contínuo à paciente. Numa revisão sistemática observou-se que o suporte contínuo intraparto associa-se com redução da incidência de cesariana e da necessidade de analgesia, além de menor duração do trabalho de parto e maior satisfação materna.

A cascata de procedimentos inerentes ao processo de indução, (cateterismo venoso, perfusão de fármacos, monitorização cardiotocográfica contínua, permanência da grávida no leito, amniotomia, necessidade de alívio da dor mais prolongado), condiciona um aumento dos custos em saúde e é possível que esteja associado a maior morbilidade materno-fetal, aspeto que não está ainda totalmente esclarecido.

A FIGO recomenda a monitorização eletrónica contínua quando se utiliza a oxitocina endovenosa ou a anestesia epidural, assim como na presença de mecónio em qualquer momento do trabalho de parto.

A disfunção contrátil pode ainda ser hipertónica, definida como incoordenação da contractilidade uterina por ausência da dominância fúndica do estímulo contráctil. Graficamente, o TP hipertónico pode ser detetado através diferentes formas e amplitudes podendo parecer uma situação normal, no entanto, apresenta a particularidade de formar degraus nos ramos ascendente e descendente dos traçados. Este padrão contráctil embora muito doloroso não produz eficácia para fazer progredir a dilatação cervical. Assim, o principal objetivo é aliviar a dor materna e controlar a atividade uterina anárquica de modo a que o TP possa evoluir normalmente. Por vezes, pode ser necessário a administração de petidina em caso de sinais de sofrimento fetal.

A hipertonia é definida pelo aumento patológico da atividade miometrial, que graficamente traduz-se por um aumento do tônus de base (> 12 mmHg) e vários picos de contrações uterinas. Nos casos de hipertonia uterina também podemos encontrar a taquissístolia uterina, que se caracteriza pelo aparecimento de 5 ou

mais contrações num intervalo de 10 minutos. A nossa atuação centrou-se na suspensão imediata da terapêutica, na vigilância dos sinais vitais, bem-estar materno fetal, incentivo da lateralização da parturiente em decúbito lateral esquerdo com o fim de melhorar a perfusão útero-placentária, na oxigenoterapia e comunicar ao Obstetra que por vezes indicava iniciar a administração de fármacos tocolíticos (CUNNINGHAM, et al., 2012).

O nascimento é um processo fisiológico, no qual apenas se deve intervir com o intuito de corrigir desvios à normalidade. As EEESMO como participantes deste projeto devem garantir um ambiente de segurança, confiança, privacidade que respeite o direito à informação esclarecida à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (OE, 2012 – Consenso para o parto normal).

Decorrido o primeiro período do TP, inicia-se o período expulsivo que começa quando a dilatação se encontra completa e termina com a expulsão do feto. Conforme CUNNINGHAM [et al.] (2012), o segundo estágio de TP pode ir de 50 minutos em nulíparas a 20 minutos em múltiparas podendo no entanto este intervalo ser variável. Porém, a duração do período expulsivo que poderia ser classificada como normal permanece ainda não determinada. De acordo como American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em múltipara com analgesia e uma hora em múltipara sem analgesia. Tendo em conta esta margem de manobra, eram iniciadas as intervenções que garantiam a verificação de todo o equipamento e material necessário para a realização do parto, bem como cuidados com temperatura e iluminação do núcleo de partos com o intuito de proporcionar um ambiente de confiança, segurança e privacidade.

Os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental e podem acarretar lesão do assoalho pélvico. Esses efeitos precisam ser discutidos com as mulheres quando elaboram seus planos de parto, e a definição por uma ou outra prática deve ser individualizada de acordo com as características e as expectativas das parturientes. Deste modo, numa fase inicial é dada a indicação à mulher para não puxar visando a descida do feto de forma gradual e natural. As forças que intervêm no período expulsivo é a própria gravidade, as contrações uterinas e esforços expulsivos.

A indicação de realizar esforços expulsivos era dada à mulher sempre que confirmado estar no período expulsivo e que o feto estivesse a efetuar a descida de forma fisiológica. Devido à anestesia epidural algumas mulheres referiam não se aperceberem da chegada das contrações, pelo que lhes era ensinado que deveriam colocar as mãos no fundo uterino para detetar quando a barriga ficava mais dura o que correspondia à contração. O descanso da parturiente era incentivado durante o intervalo das contrações permitindo a sua recuperação e do feto.

Não era recomendado fechar a glote na altura de puxar, de acordo com um estudo randomizado realizado na Turquia (2008) que afirma que a força com a glote aberta enquanto expira é superior à força do tipo Valsalva com a glote fechada e com a respiração pausada (puxo dirigido). Assim, sempre que o comando do parto nos era atribuído incentivávamos a mulher a puxar com a glote aberta, com o intuito de ela expressar os seus sentimentos se assim o desejasse.

É recomendado que a mulher puxe de forma espontânea quando sente o impulso, dando lugar a 4-5 puxos expiratórios, curtos, com a contração e com a glote aberta, promovendo uma maior oxigenação, respirando entre os esforços expulsivos, cada puxo deve durar 5 segundos (LOWDERMILK, et al., 2008).

Nesta etapa a atenção era dividida entre a realização do parto e a monitorização materno-fetal. Recorria-se às manobras de Leopold para reposicionar os elétrodo do CTG garantindo a correta monitorização.

A manobra de Kristeller foi por vezes realizada na sala de partos. Esta manobra descrita por Samuel Kristeller em 1967, consiste numa pressão no fundo uterino para ajudar no período expulsivo, continuando a ser uma prática frequente nos hospitais na atualidade. De acordo com a Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia a única recomendação para a sua aplicação é no momento em que o bebé esteja a coroar, ajudando assim na expulsão. Portanto não deve ser utilizada para ajudar na descida da apresentação e inclusive pode ser contraproducente, já que favorece a distocia de ombros pelo impacto. A OMS, nas recomendações para o parto normal, repudia a utilização desta técnica, classificando-a como uma conduta que é frequentemente utilizada sem haver evidência científica que comprove a sua eficácia.

Outra temática controversa é o posicionamento da parturiente durante o TP. A posição supina tem sido amplamente usada no segundo período do trabalho de

parto, a despeito da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição. A posição de litotomia (Laborie-Duncan) é ainda recomendada em alguns tratados tradicionais de Obstetrícia, mas as posições alternativas incluem uma gama de posições que podem trazer benefícios para o parto: posição lateral (Sims), vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada) e de quatro apoios.

Uma revisão sistemática apontou que as posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se com redução da duração do segundo período do parto, redução nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, bem como redução de relatos de dor grave e episiotomias. Ocorreu, no entanto, maior perda de sangue estimada (acima de 500 ml), sem repercussões clínicas consideráveis. A conclusão dos revisores é que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas. Optou-se durante este estágio, por permitir às parturientes alternar de posição bem como aplicar movimentos como básculas da bacia ou outras quer incentivadas por nós quer por conhecimentos adquiridos nas aulas de preparação para o parto.

No nosso percurso de estágio, quando era constatada a fase de transição, nas nulíparas e na fase ativa as múltiparas, eram preparados todos os instrumentos necessários à realização do parto. Todo o material era previamente preparado e devidamente acondicionado numa pesa de apoio, aos pés da cama.

No início de cada turno consultava o mapa de distribuição de salas de partos atribuídos ao meu orientador. Posteriormente, dirigia-me às salas de partos e consultava o partograma de casa mulher. Várias situações eram verificadas nomeadamente o reanimador neonatal, fonte de O₂ e procedia-se à preparação do material de reanimação. Por outro lado, preparava-se o material e medicação de cuidados imediatos ao recém-nascido como seringa, agulha, kanakion, terricil, pulseira de identificação e dispositivo de segurança. Quando a mulher estava na fase de transição do período expulsivo, era ligado o reanimador para que aquecesse, ligava a fonte de O₂ e a roupa do recém-nascido estava já previamente preparada e aquecida.

De forma sequencial era distribuído o material incluído no kit de partos na mesa de apoio e procedia a minha paramentação que consistia na lavagem cuidadosa

das mãos, colocação de gorro e máscara, bem como uma bata e luvas esterilizadas. De seguida, colocava os campos esterilizados um por baixo da zona glútea, campo este que continha um saco para aparar o material biológico resultante do parto, depois as perneiras e por fim o campo esterilizado no abdómen com intuito de promover ambiente esterilizado para a receção do recém-nascido.

Nesta fase a mulher já se encontrava em posição de litotímia, na qual os profissionais estavam de frente para a mulher visando acompanhar a descida do feto antecipando assim, complicações. Deste modo, ia sendo observada a distensão do períneo à medida que a cabeça começava a coroar e analisava-se a necessidade de realização da episiotomia.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na realização de uma incisão no períneo com intuito de alargar a abertura da vagina para promover os outcomes fetal e maternos (CUNNINGHAM et al., 2008).

CARROLI e MIGNINI (2009) defendem não haver evidência científica que suporte benefícios quer a curto ou longo prazo no uso rotineiro da episiotomia. Este procedimento está também associado com o aumento do risco severo de trauma perineal. As razões para a episiotomia podem ser dificuldade na progressão do segundo estágio; permitir maior espaço para intervir e manipular (fórcepes, distócia de ombros ou parto pélvico) (NICE, 2007; RCOG, 2005). Existem várias formas de executar a episiotomia sendo a mais praticada a médio-lateral (KETTLE, 2011).

No que se refere ao uso sistemático de episiotomia, esta não demonstra proteger o períneo perante lacerações graves (III e IV), não previne a incontinência urinária, pelo contrário, aumenta a dor, dificulta as relações sexuais e representa um fator de risco para lacerações perineais espontâneas no segundo parto. No entanto, com o uso seletivo da episiotomia, existe um maior risco de trauma perineal anterior (JUSTE-PINA et al, 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Diversos estudos demonstram que esta prática não está justificada de forma rotineira, sendo necessária uma política seletiva na realização da episiotomia (JUSTE-PINA et al., 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Este facto implica que os profissionais vençam os seus receios, tenham uma maior aprendizagem e uma maior confiança no corpo da mulher.

A episiotomia é no sentido estrito, uma incisão nos pudendos e perineotomia é a incisão no períneo. No entanto em linguagem comum episiotomia aplica-se como

sinônimo de perineotomia prática que defende. Relativamente ao momento da sua realização parece não haver grande consenso no entanto o mesmo autor afirma que a sua realização precoce pode conduzir a longos períodos de perda sanguínea e se realizada tardiamente pode não evitar as lacerações graves. Assim, aponta-se para a realização da episiotomia no momento em que se torna visível a cabeça num diâmetro de 3-4 cm durante uma contração (CUNNINGHAM, et al., 2012).

A cada contração, o períneo vai sofrendo alterações, e verifica-se a dilatação da abertura vulvovaginal devido a pressão exercida pela cabeça fetal, formando uma abertura quase circular ao qual se dá o nome de coroação. Nesta fase, a cabeça vai-se exteriorizando muito lentamente e é dada indicação à mulher para não puxar, enquanto se verificam alterações a nível do ânus que se torna mais estirado e protuberante.

Diversas técnicas têm sido propostas para proteção perineal, incluindo massagem perineal intraparto, técnica de flexão, manobra de Ritgen modificada (consiste na aplicação de pressão no fundo do reto para baixo para ajudar na flexão da cabeça quando a parte posterior do pescoço está por baixo da sínfise púbica), uso de compressas mornas e práticas tradicionalmente empregadas por parteiras: hands on e hands off.

Uma revisão sistemática não evidenciou qual a melhor manobra para prevenir o trauma perineal e outros ensaios clínicos randomizados avaliando compressas, massagens com lubrificante, estratégias hands on e hands off (nenhuma manobra sobre o períneo) não encontraram diferenças significativas na frequência de lacerações genitais.

Após exteriorização da cabeça, procedia-se à avaliação cuidada da presença de circulares cervical do cordão, quando eram suficientemente largas, estas eram desenroladas à volta da cabeça, quando verificava a existência de circular apertada, como aconteceu em pelo menos três situações, o cordão era clampado e cortado à vulva. Assim, após a cabeça se exteriorizar (face em direção ao ânus da mulher) a cabeça era acompanhada na *restituição* (rotação externa) até assumir posição transversa em que a face virava para uma das coxas da mulher. Em situações em que os ombros não se exteriorizem de imediato é necessário colocar as mãos uma em cada zona temporal da cabeça do feto e exercer uma força suave para baixo até aparecer o ombro anterior sob o arco pubiano. A seguir faz-se o

mesmo movimento mas para cima libertando o ombro posterior mantendo a mão direita na proteção do períneo, finalmente o corpo emergia e era observada e hora de nascimento e dita em voz alta.

Imediatamente após o nascimento do recém-nascido, limpava-se a face, era efetuada estimulação tátil nas costas e avaliado o índice de Apgar com o intuito de decidir a necessidade ou não de recorrer à reanimação. Se o RN apresentasse boa vitalidade, procedia-se à clampagem e corte do cordão. De acordo com BRANDÃO, (2009) os resultados do seu estudo sugerem que o corte do cordão umbilical efetuado pelos pais no momento do parto parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebê. Aparentemente, esta separação entre mãe/bébé parece ser uma barreira imaginária que se quebra e permite ao pai sentir-se parte de todo este processo, facilitando a transição para a parentalidade e adaptação familiar. Na prática, era sempre questionado ao pai/mãe se o queria fazer. Esta postura pretendia gerar interação entre o casal e a equipa de saúde facilitando a relação e o fortalecimento dos laços afetivos entre pai-mãe-bébé.

Diversos ensaios clínicos e uma recente revisão sistemática evidenciam os benefícios do clampar tardio do cordão umbilical. Retardar em pelo menos 2 minutos o corte do cordão promove uma transferência adicional de 20 a 30 ml/kg de sangue da placenta para o recém-nascido e associa-se com benefícios neonatais que se estendem durante a infância: melhora do hematócrito, melhora da concentração de ferritina e redução do risco de anemia. O clampar imediato do cordão pode privar o recém-nascido de até 25% do volume circulante, especialmente se a respiração espontânea ainda não se tiver iniciado, bem como, o contacto precoce com a mãe.

A aspiração rotineira de boca e nariz não é necessária em um neonato a termo que respira espontaneamente ou chora, que tem tônus muscular adequado e líquido amniótico claro. Por outro lado, não se recomenda a aspiração das vias aéreas logo após o desprendimento do pólo cefálico em casos de líquido amniótico meconial, uma vez que ensaios clínicos randomizados demonstraram que essa medida não reduz a incidência de síndrome de aspiração meconial.

Em situações de estabilidade e em que as características anteriormente referidas se verificarem normais, era promovido o contato pele a pele precoce entre

mãe-filho pois melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta o sucesso da amamentação.

Tendo presente que a experiência da maternidade é uma construção pessoal que tem por base as vivências da mulher geradora de sentimentos ora confusos ora gratificantes, cujo desfecho é uma nova vida, deve o EEESMO ser promotor da homeostasia face aos novos desafios promovendo a saúde e o bem-estar das famílias (MONFORTE, 2006 p.23)

Com a transição para o meio extra-uterino, o recém-nascido sofre uma adaptação gradual e, com o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, tudo se torna mais agradável. Por isso, o contacto físico precoce entre ambos é uma prática que tem prioridade e merece especial destaque na visão humanizada do parto (MATOS et al., 2010). Este contacto consiste numa técnica simples (ALMEIDA E FILHO, 2004), que deve ser feita diretamente pele com pele, ou seja, imediatamente após o parto, o bebê saudável deve ser seco em cima do peito da mãe, para diminuir o arrefecimento por evaporação, e permanecer em decúbito ventral sobre o peito ou abdómen da mãe, sem a interferência da roupa (LAMAZE, 2003). Por outro lado MOORE, [et al.] (2007), o contacto pele-a-pele precoce é definido como a colocação do recém-nascido despido, ou apenas com fralda, sobre o tórax materno, cobrindo ambos com um cobertor aquecido, nas duas horas imediatamente após o nascimento. Porém, de entre os fatores que podem condicionar a realização do contacto pele-a-pele, há um essencial, que se sobrepõe a todos os outros: o Índice de Apgar. No caso de um valor de Apgar inferior a 7, ou quando o parto é por cesariana, o contacto precoce pele-a-pele não se realiza e, nestas situações, este contacto deve ser incentivado logo que possível (ABADE, et al., 2010). Do mesmo modo, Matos et al. (2010), referindo que apenas quando a situação clínica do recém-nascido ou da mãe se encontra comprometida é que o contacto pele-a-pele deve ser ignorado.

A avaliação do bem-estar do RN assim como, alterações morfológicas ou funcionais fazem parte das competências específicas da EEESMO. Deste modo após nascimento, o Índice de Apgar (IA) era avaliado, sendo uma ferramenta usada no cuidado ao Recém-nascido ao primeiro e quinto minuto após nascimento para quantificar cinco sinais fisiológicos nomeadamente frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. A avaliação do IA ao primeiro minuto fornece informações de como o RN ultrapassou

o TP, assim como a forma como se adapta à vida extra-uterina e a avaliação ao quinto minuto aponta para a visão geral do nível de saúde do RN (CAPLE, 2013). Cada item é pontuado de 0,1 ou 2 (LOWDERMILK, et al., 2008).

Numa primeira linha de observação, os RN que não apresentassem gemido ou alguma alteração significativa a nível de Índice de Apgar eram avaliados e cuidados pelos EEESMO. No entanto, em situações de agravamento ou alteração eram contactados os Pediatras. Os mesmos eram chamados no momento imediatamente antes o nascimento, nos casos de partos pré-termo, sinais de sofrimento fetal, ou parto distócico, visando uma atuação precoce em caso de complicações.

Em algumas situações traçados de CTG não tranquilizadores, trabalho de parto estacionário, forças expulsivas da mulher ineficazes ou fadiga materna era necessário chamar os obstetras para proceder à avaliação e na maioria das situações eram desenrolados partos distócicos, nos quais tivemos oportunidade de colaborar. A EEESMO, colabora muitas vezes na regulação da pressão da ventosa, dá apoio à parturiente nos esforços expulsivos, informa sobre o procedimento e avalia o RN após nascimento.

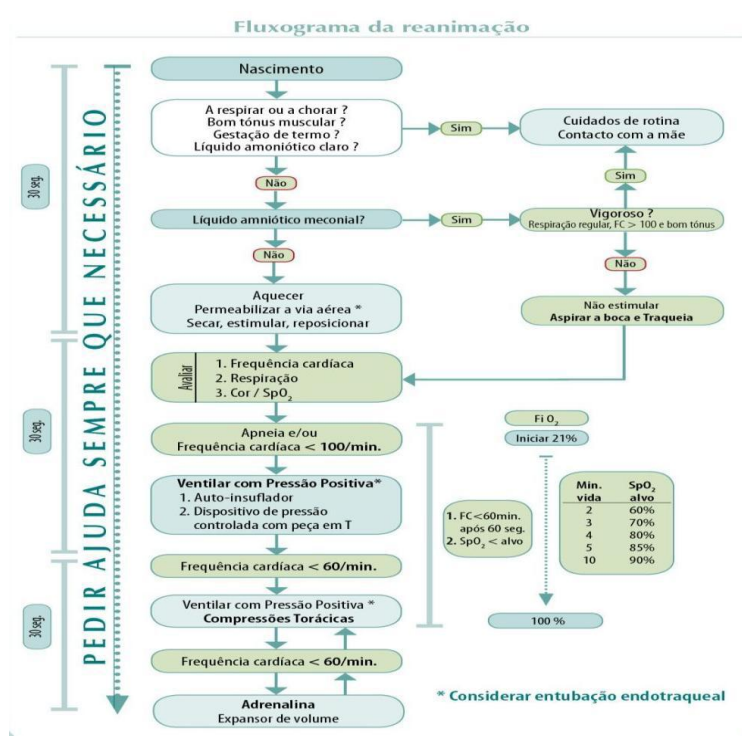
De acordo com a OMS, 32% das mortes de recém-nascidos são causadas por infeção. Quando a higiene é deficiente, os recém-nascidos podem ser infetados por bactérias ou outros organismos que podem causar infeções graves da pele, cordão umbilical, pulmões, sistema gastrointestinal, cérebro ou sangue. Portanto, evitar infeção é fundamental para o cuidado ao recém-nascido.

A avaliação do RN, incide na realização da pesquisa de achados anormais de modo a traçar um plano de ação. Assim, a EEESMO avalia a cor, respiração, postura e flexibilidade, frequência cardíaca, atividade e movimento, pele, cabeça, olhos, boca, abdómen, costas e espinha, ânus, órgãos genitais externos (meninos e meninas), temperatura e peso (BECK et al., 2004). Posteriormente procede-se às intervenções terapêuticas, nomeadamente administração de vitamina K para prevenção de alterações da coagulação e hemorragias e colocação da pomada oftálmica Terricil para a prevenção de conjutivite neonatal. De seguida eram colocadas as pulseiras de identificação e de segurança (Sistema Huggs) que era prontamente ativada no computador.

Porém, existem situações em que o nascimento não decorre de acordo com o esperado e pode haver necessidade de reanimação do RN. De acordo com os

Consensos de reanimação do RN, a reanimação do RN de termo deve guiar-se pelas normas do ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) e da AAP (American Academy of Pediatrics). Cerca de 6 a 10 % dos RN necessitam de alguma forma de ajuda a adaptação à vida extra-uterina, no entanto menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada (compressões torácicas e fármacos). Segue-se o fluxograma de reanimação na figura 3.

FIGURA 3: Fluxograma de reanimação do RN



Fonte: Oliveira [et al.], 2012, *Consensos de Neonatologia*

Após atuação de acordo com as várias situações e suas especificidades eram avançadas intervenções para promover a amamentação durante a primeira meia hora de vida. Era colocado o RN ao seio materno e acompanhava-se o processo de forma a detetar dificuldades que imediatamente se ajudava a ultrapassar. A MJD como Hospital amigo dos bebés, promove os dez passos para o sucesso da amamentação, nos quais se encontram incluídos a amamentação na primeira meia hora de vida (já referido), alojamento conjunto e não oferecer tetinas ou chupetas entre outros (Unicef/OMS Manual de aleitamento 2008).

Nos casos de distocia, por vezes os RN apresentavam alterações mecânicas, sendo estas as mais comuns, porque existem mais lesões cirúrgicas e traumáticas. A formação de bossa serossanguínea e a moldagem são as mais comuns, devendo no entanto, ser descartada a possibilidade de cefaloematoma (CUNNINGHAM, et al., 2012). Nestas situações alguns RN manifestavam sinais de dor e desconforto, sendo chamado pediatra para dar indicação de administração de analgésicos orais, que nas situações necessárias foi o paracetamol atuando positivamente na sintomatologia.

De acordo com GRAÇA (2010), designa-se por dequitação ou terceiro estágio do parto todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento. Porém, de acordo com o mesmo autor deve incluir-se neste período o intervalo de uma hora subsequente à expulsão da placenta, porque é nesta fase que a puérpera se encontra em maior risco de hemorragia pós-parto, pelo que deve ser sujeita a vigilância contínua.

De acordo com o mesmo autor, a hemorragia pós-parto surge em cerca de 1 a 2% de todos os partos e é uma das principais causas de morte materna. No pós-parto imediato, as etiologias mais frequentes são: a presença de lacerações do canal de parto, a retenção placentar, a atonia uterina, a rotura uterina, a inversão uterina e as situações de coagulopatia. Foi praticada a conduta ativa no TP na qual se iniciava a administração de ocitocina e a tração do cordão visando diminuir as perdas hemáticas.

Existem estudos (Cochrane 2010) referenciados por Amorim [et al.] (2010), que evidenciam que também se pode recorrer ao uso de ergometrina ou misoprostol, no entanto, parecem apresentar maiores custos e efeitos secundários nomeadamente náuseas, vômitos e elevação da tensão arterial em relação à ocitocina usada isoladamente e a massagem uterina na prevenção da hemorragia pós-parto.

Esta massagem uterina deve acontecer logo após a expulsão da placenta, pois a manutenção da contractilidade uterina promoverá a involução do útero, bem como a hemóstase do sítio de inserção placentária, tornando-se endurecido e globoso (globo de segurança de Pinard), que será sucedido pela trombose local dos vasos (fase de trombotamponagem) (REZENDE, 1995; SANTOS, 2002). A avaliação por parte da EEESMO deverá ser a cada 15 minutos palpando o útero para certificação

da formação do globo de segurança de Pinard, durante as 2 horas no pós-parto e repetir a massagem sempre que se considere que o útero está mais relaxado.

A dequitação fisiológica, implica que se aguarde os sinais de separação da placenta (descida do cordão, pequena perda de sangue e útero firme e globo à palpação e sinal de Küstner) e a mulher deve ser incentivada a puxar quando surgem as contrações uterinas. Assim, que era verificado o despreendimento e a placenta iniciava a exteriorização iniciava-se a manobra de Jacob-Dublin que consiste em torcer a placenta até à total exteriorização evitando assim a retenção da mesma ou de membranas.

Segundo Graça (2010), existem duas modalidades de dequitação: a de Shultze, caracterizada por a separação placenta se iniciar pela sua zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta; e a de Duncan, na qual o descolamento da placenta se inicia pela periferia, pelo que a hemorragia resultante, separando as membranas da parede uterina, se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva. O tipo de dequitação orienta o EEESMO sobre a intensidade da perda hemática.

Ocasionalmente a placenta não se desprende de imediato o que condiciona a conduta sendo necessária a extração manual. Este procedimento foi sempre realizado pelo Obstetra de serviço, que confirmava sempre a existência de analgesia/anestesia adequada e recorria à técnica cirúrgica asséptica (CUNNINGHAM, et al., 2012).

Após exteriorizada a placenta esta deve ser sujeita a uma observação cuidadosa nomeadamente no que refere ao número e a integridade dos cotilédones, integridade das membranas através da presença dos dois folhetos (âmnios e córion), inserção do cordão e número de vasos do cordão (três vasos: duas artérias e uma veia; tamanho).

A vigilância contínua conforme anteriormente referido, é crucial na prevenção de complicações. A avaliação de 15 em 15 minutos durante a primeira hora foi realizada com especial atenção às perdas hemáticas, sinais vitais, coloração da pele e estabelecia-se diálogo com a parturiente para perceber o seu estado emocional. Também deve ser avaliada a altura, localização e consistência do fundo uterino. O útero deve ser massajado e devem ser removidos os coágulos

existentes. Em relação aos lóquios eliminados pela vagina é importante vigiar as suas características e principalmente a quantidade (BOBAK, 1999).

Seguidamente ao parto é inspecionado o períneo e o canal de parto para averiguar a necessidade de correção de lacerações ou episiorrafia de acordo com cada situação. A realização de episiotomia de modo rotineiro, devido aos seus benefícios, descritos na literatura, incluem a prevenção do trauma perineal grave e das lesões desnecessárias do pólo cefálico do RN, danos no assoalho pélvico, prolapso, retoccele, cistocele, incontinência urinária, melhoria da futura função sexual e ainda facilitação do reparo, pois substitui uma laceração irregular por uma incisão limpa e regular (REZENDE, 2005). Porém, atualmente existem evidências de que, a realização de episiotomia por rotina deve ser evitada uma vez que os riscos e prejuízos deste procedimento são a perda sanguínea, incontinência urinária, dispareunia, piora da função sexual e aumento da taxa de infeção (VISWANATHAN, et al., 2005; RUWAN, 2007).

De acordo com Rodriguez e colaboradores (2004), o uso rotineiro da episiotomia deve ser abandonado, visto que não há vantagens clinicamente significativas com este procedimento, desta forma, a taxa aceitável para tal procedimento não deveria ultrapassar 30% de todos os partos vaginais.

Dando sequência aos procedimentos após a inspeção supra mencionada procedia-se à correção das lacerações se presentes. As mesmas correções efetuadas foram essencialmente de grau I e II.

As lacerações contribuem para justificar o uso da episiotomia de forma a evitá-las, são roturas que podem ocorrer no períneo no momento do parto. São classificadas em 1º, 2º e 3º grau de acordo com a gravidade das lesões. A laceração de 1º grau é aquela que não atinge nenhum músculo, estendendo-se através da fúrcula, mucosa vaginal e da pele. Já a laceração de 2º grau acomete os músculos perineais, porém, sem lesão do esfíncter retal. A laceração de 3º grau atinge o esfíncter retal e algumas vezes prolonga-se até a parede anterior do reto (figura 3). Neste último caso, em que a parede do reto é comprometida, por vezes utiliza-se o termo laceração de 4º grau (REZENDE, 2005).

A episiorrafia e a sutura de lacerações perineais provocam quase sempre dor variando na intensidade. Deste modo, o nível de dor era avaliado e na maioria dos casos não foi necessário atuar uma vez que as parturientes optaram pelo recurso à

anestesia epidural. Surgiram dois casos: um por opção, outro por ter dado entrada no núcleo de partos em período expulsivo, que não foi utilizado a anestesia epidural, pelo que no segundo caso foi necessária a injeção de lidocaína a nível dos pudendos ou infiltração por planos.

Posteriormente, eram realizados os cuidados ao períneo, preparação do material e com recurso à técnica asséptica procedia-se ao tamponamento (com o cuidado de contar o número de compressas utilizadas) e à correção das lacerações ou episiorrafias. A reparação da episiotomia e das lacerações do períneo, são muito semelhantes, apresentando apenas no caso das lacerações bordos mais irregulares o que pode implicar resultados menos satisfatórios. Assim, as correções devem ser feitas por planos, tendo como premissas a perfeita hemóstase e a reconstrução anatómica, empregando o mínimo material de sutura possível para uma boa cicatrização e evitar sequelas. Assim, recorre-se à sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada. O uso de material de sutura absorvível (habitualmente o Vicryl rapide 2/0.) é preferível por provocar menos dor (CUNNINGHAM et al., 2010 p.401).

A sutura contínua “(...) *era iniciada a nível da mucosa, a cerca de 1 cm do início do vértice da incisão* (para que ficasse assegurada a hemóstase) e *terminada com a aproximação das margens do anel himeneal* (...)” (CUNNINGHAM et al., 2010 p. 402). Seguidamente iniciava a correção em dois planos: o primeiro unia os músculos e o segundo o tecido celular subcutâneo perineal. A última correção era a união da epiderme que era feita usualmente com pontos isolados ou pontos de Donati. Terminadas as correções episiorrafia /lacerações procedia-se à remoção do tamponamento e inspecionava-se novamente o canal de parto.

De acordo com CUNNINGHAM [et al.] (2012) a dor após correção da laceração /episiorrafia pode ser aliviada com a aplicação de frio que contribui para diminuir o edema e o desconforto. Após promover o conforto incentivava-se a puérpera a urinar, uma vez que o globo vesical pode provocar descompressão uterina. Era mantida vigilância da puérpera e RN durante a segunda hora. Durante este período era oferecido um pequeno lanche e efetuados ensinios sobre amamentação, primeira micção espontânea, primeiro levante, cuidados à episiorrafia/laceração, data provável de remoção dos pontos entre outros considerados pertinentes. No caso de estar tudo a decorrer dentro dos padrões da normalidade procede-se aos registos informáticos.

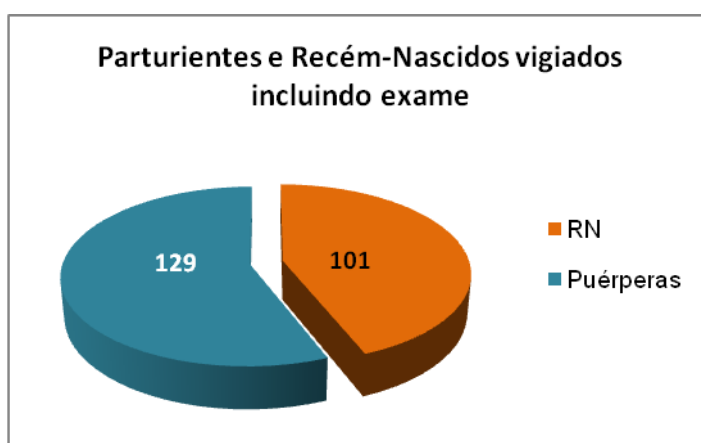
Durante um período de duas horas quer o RN quer a puérpera mantinham-se na sala de partos até reunir as condições necessárias de estabilidade para contactar o serviço de puerpério e proceder à transferência.

2.1.3. Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade

Uma das etapas que compreenderam este estágio foi o desenvolvimento de um percurso que permitiu a aquisição de competências no cuidado à puérpera e RN

Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e ensinar sobre os cuidados necessários para tratar do recém-nascido, assegurando-lhe as melhores condições de evolução, foram prática constante ao longo do estágio no puerpério, o que permite ir de encontro ao preconizado pela diretiva 2005/36/CE. No mesmo documento (Anexo II – Alínea 5.2.B) são numeradas as várias exigências para aquisição do título de parteira, sendo uma delas a vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém -nascidos normais, exigência esta cumprida e superada.

FIGURA 4: Parturientes e Recém-Nascidos vigiados incluindo exame.



O puerpério define-se como o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez

(GRAÇA 2010). Este período pode ser dividido em etapas: puerpério imediato (primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana).

Durante o estágio, no contacto direto com as puérperas foi possível detetar que a assistência não deve ser baseada somente nos aspetos físicos, necessita e pode ser potencializada especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período puerperal (BRASIL, 2006). Nesse sentido, e considerando a assistência integral à Saúde da Mulher, torna-se necessário que o EEESMO, ao prestar assistência à puérpera também leve em consideração a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive estabelecendo uma relação de confiança e que valorize a individualidade de cada mulher.

FAISAL-CURY e MENEZES (2006, p.172) destacam que *“o puerpério parece ser período de maior risco para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos, que nesta fase apresentam características particulares e causam problemas específicos”*, como por exemplo, *“efeito negativo sobre a galactopoeia e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê devido à ansiedade materna”*.

Após o parto o organismo materno passa por adaptações fisiológicas importantes. O estado geral da puérpera após o parto depende do tipo de gravidez e do TP, em geral há uma mescla de sensações, pois as mulheres sentem-se aliviadas e tranquilas ao mesmo tempo, em que se encontram exaustas devido à força disponibilizada para o parto, o que normalmente gera sonolência. (BARROS, 2006).

Nas primeiras 24 horas pós-parto é normal a sensação de calafrios relacionados à hipotermia, nervosismo e manifestações de bacteriemia. Após as 24 horas os calafrios devem ser considerados indícios de infecções. A sudorese é um seguimento dos calafrios e está presente durante o dia e a noite representando a maneira que organismo encontra para expulsar o acúmulo de líquidos retidos durante a gravidez. (BARROS, 2006).

As primeiras intervenções de enfermagem consistiam na prestação de cuidados de higiene e autocuidado, vigilância de sinais vitais, globo de segurança de Pinard, sinais de infeção das feridas cirúrgicas (perineal ou abdominal), 1ª micção e cuidados com o primeiro levante que deveria ser sempre acompanhado.

O repouso no leito era variável de acordo com o tipo de parto e tipo de anestesia. Assim em caso de cesariana a puérpera aguardava um período de 6 horas para efetuar o primeiro levante o que vai de encontro com a posição de Graça que afirma que a deambulação precoce deve ser incentivada entre as 4-8 horas após a cesariana, pois demonstrou-se que beneficia a função intestinal. Deste modo, os cuidados de higiene e conforto eram realizados no leito. No entanto, a mobilização precoce dos membros inferiores era incentivada pois previne o aparecimento de fenómenos tromboembólicos (GRAÇA, 2010).

Era efetuada uma revisão de todo o processo individual da puérpera com o intuito de delinear todo o trajeto que apresentou o desfecho neste serviço. Assim, informações como número de gestações, tipos de parto, rotura de membranas, complicações associadas á dequitação, hemorragias, SGB, patologias associadas, dados antropométricos do RN eram pesquisados e registados no processo com posterior análise visando atuação precoce em caso de complicações.

Em situações de parto eutócico, procedia-se à avaliação de sinais vitais, pesquisa de involução uterina, inspeção mamária (sinais de infeção e colostro), queixas álgicas para prevenção de complicações. O acompanhamento do primeiro levante eram assegurados pelo EEESMO para prevenir lipotimia, associada à hipotensão.

Os cuidados de higiene providenciados e os ensinamentos são de extrema importância no que diz respeito à prevenção de infeções a nível da zona perineal. O Centers for Disease Control (CDC) define a infeção puerperal como qualquer isolamento de microorganismo no endométrio, elevação de temperatura igual a 38°C no período após o parto recente, presença de taquicardia consistente e súbita, drenagem uterina purulenta e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade do útero.

Os cuidados de higiene preconizados pelos consensos elaborados pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, no período puerpério imediato, devem ser feitos como no período menstrual. Recomenda-se a maior frequência da higienização; contudo, a pele vulvar e a mucosa vaginal estarão menos tróficas e mais irritadas pelo hipoestrogenismo, a presença de lóquios e maior sudorese, próprios do período puerperal. Nesta fase, a higiene deverá ser mais frequente, para aumentar a remoção mecânica dos resíduos e melhorar a ventilação genital, com consequente redução da humidade prolongada. A perda de lóquios, maior

redução de secreção sebácea, sudorípara e glandular e uso prolongado de pensos higiênicos com película plástica externa são fatores agravantes da irritação vulvar. Os pensos higiênicos desodorizantes não devem ser utilizados e devem ser mudados com frequência.

Uma das situações que eram frequentemente observada, no sentido de vigilância e precaução de complicações, era a involução uterina. Imediatamente após o parto, o útero pesa cerca de 1000 gramas e o seu tamanho assemelha-se ao de uma gestação de 20 semanas, sendo o fundo uterino palpável ao nível do umbigo. Ao efetuar esta avaliação na maior parte das situações as puérperas referiam queixas algícas principalmente no momento da amamentação. Este facto ocorre essencialmente nos três primeiros dias, reportando-se às contrações do miométrio, sendo maior a intensidade aquando das mamadas devido à ação da ocitocina (GRAÇA, 2010). Todavia o processo de involução uterina é afetado pelo tipo de parto, pela paridade e pela amamentação. Assim, o volume uterino é superior nas mulheres submetidas a cesariana, nas múltiparas e nas mulheres que não amamentam.

Segundo o mesmo autor, gradualmente ocorre a regeneração do endométrio e do local de implantação da placenta, sendo a descarga uterina durante o puerpério denominada lóquios. Primeiramente constituídos por eritrócitos e fragmentos de decídua (Lochia rubra), a partir do 5^o dia tronam-se serosos e acastanhados (Lochia serosa) e após o 10^o dia adquirem uma cor amarelada e aspeto mucóide e espesso, que se deve a um predomínio de leucócitos (Lochia alba). Porém, cerca de 15% das mulheres mantêm lóquios até 6^a-8^a semanas após parto. Estas definições foram transmitidas às puérperas visando instruí-las de conhecimentos que permitam a deteção precoce de alterações suscetíveis de despoletar complicações, nomeadamente a infeção puerperal.

Durante a gravidez existe um aumento acentuado do volume de líquido extracelular (intersticial e intravascular). Deste modo, nas duas primeiras semanas após o parto a diurese está aumentada de modo a reverter esta alteração fisiológica. Verifica-se ainda distensão das vias urinárias e bexiga, bem como, a falta de sensibilidade vesical que contribuem para o aumento da incidência de infeções urinárias.

A nível hemodinâmico e hematológico, o puerpério representa um período de importante sobrecarga cardiovascular devido essencialmente ao elevado retorno venoso após o parto. Inicialmente, devido ao decréscimo do volume circulante a tensão arterial diminui e posteriormente é invertido pelo aumento da resistência periférica relativamente aos valores gestacionais. No que concerne ao restabelecer do ciclo menstrual habitual este é visto como variável. Nas mulheres que amamentam a menstruação reaparece entre o 2º e 18º mês, e nas que não amamentam o ciclo menstrual restabelece-se mais precocemente, por volta das 6ª-8ª semanas após o parto. Em qualquer dos casos os primeiros ciclos são sempre anaovulatórios. No que concerne ao ingurgitamento mamário máximo ocorre pelo 3º /4º dias e coincide com a descida significativa dos níveis de estrogénio, sendo que os níveis elevados desta hormona suprimem a lactação.

Abordadas as principais alterações fisiológicas associadas ao puerpério, avançamos para as principais complicações que ocorrem neste período, que GRAÇA (2010) agrupa em Hemorragias, infecções, fenómenos tromboembólicos e alterações psiquiátricas.

No universo científico parece não haver uma definição para hemorragia pós-parto, no entanto, existe alguma convergência quando o volume de perdas sanguíneas após o parto é superior a 500 ml. Esta pode ser apelada de *hemorragia pós-parto imediata* que surge nas primeiras 24 horas, e *tardia* se ocorre após este tempo mas no decurso das primeiras 6 semanas de puerpério. A etiologia remete-se nos casos de hemorragia pós-parto imediata a atonia uterina (80%), traumatismo do trato genital, retenção do tecido placentário, inversão uterina, coagulopatia de consumo e outras alterações da coagulação. Por outro lado, no caso de hemorragia pós-parto tardia está incluída a subinvolução do leito placentário, a presença de fragmentos de placenta ou de membranas e a endometrite crónica.

Durante o meu percurso no serviço de puerpério apenas surgiu um caso de hemorragia pós-parto, cuja etiologia apontada pelos obstetras foi atonia uterina. Atonia uterina resulta da incapacidade do miométrio de se contrair ou de permanecer contraído após a expulsão da placenta, permitindo assim que as perdas sanguíneas continuem a partir dos vasos arteriais e venosos dos locais de implantação. O diagnóstico faz-se pela palpação de um útero grande, geralmente com o fundo acima da linha do umbigo e de consistência mole.

Enquanto EEESMO, manteve a vigilância constante de todas as puérperas atribuídas à minha orientadora. Nesta situação em particular, foi detetada, aquando da vigilância da involução uterina, a descompressão uterina, hemorragia moderada e perda transitória de consciência. Foi prontamente chamada a equipa de obstetras, sendo no compasso de espera, realizada colocação da puérpera em posição de Trendelenburg, situação que melhorou a perfusão cerebral; monitorização de sinais vitais e saturação de O₂ com administração de oxigénio por máscara a 8 l/min devido à perda de consciência ou quando a saturação de oxigénio não é normal; colocação de pelo menos 2 acessos venosos com calibre suficiente para perfundir rapidamente (a quantidade de fluido perfundido através de um cateter 14 gauge é o dobro da que se consegue perfundir através de um cateter 18 gauge); Monitorização do débito urinário através de sonda vesical (>30ml/h - O esvaziamento vesical permite também uma melhor contractura uterina e a maior eficácia da massagem uterina externa); Manter a doente quente; avisar os elementos do bloco operatório para estarem preparados na eventualidade de serem necessários. Chegada a equipa de obstetras, o que apresentava maior experiência realizou a manobra de Hamilton vulgarmente denominada compressão uterina bimanual em que uma das mãos fixa a porção posterior do útero, enquanto a outra é posicionada fechada pelo canal vaginal (anteriormente ao colo uterino), de modo que as duas paredes uterinas sejam comprimidas. Em simultâneo, era dada indicação de iniciar a fluidoterapia.

A administração de fluidos é uma medida prioritária numa mulher com hemorragia pós-parto. Deve iniciar-se a perfusão de soluções cristaloides, seja soro fisiológico ou lactato de Ringer, numa velocidade de perfusão elevada, com o objectivo de repor o volume perdido em minutos e não em horas. São necessários 3-4 litros de cristaloides para substituir 1 litro de sangue sabendo-se que estes fluidos permanecem pouco tempo no espaço intravascular. Considera-se que perdas sanguíneas até 1,5 litros de sangue, numa mulher saudável, podem ser repostas unicamente com cristaloides. As soluções contendo dextrose, como por exemplo a dextrose a 5% em água não devem ser utilizadas no controlo da hemorragia pós-parto, por agravarem a acidose.

TABELA 4: Terapêuticas médicas para a atonia uterina.

Terapêuticas médicas para a atonia uterina
<ul style="list-style-type: none">▪ Ocitocina (Syntocinon®) 20 U em 500 ml de soro fisiológico (a 250 ml/hora) (Não se deve infundi-la em bolus, sem diluição, pelo risco de hipotensão e arritmia cardíaca grave)▪ Sulprostona (Nalador 500®) 2 ampolas de 0,5mg em 500 ml de soro fisiológico em perfusão a 125 ml/hora▪ Misoprostol (Cytotec®) 600-1000 µg (3-5 comp.) por via rectal

Fonte: Silva [et al.], 2012, *Hemorragia Puerperal*

O útero continuou pouco contraído, tentou-se o tamponamento que não foi eficaz. Uma vez que a hemorragia persistiu e o quadro clínico da puérpera agravou tornou-se necessário proceder à histerectomia.

Por seu lado, “a gestação, o parto e o puerpério não são eventos distintos, mas que constituem um processo contínuo de adaptação da mulher ao papel materno, no qual ela precisa utilizar todos os mecanismos inatos ou adquiridos para enfrentar a nova situação e adaptar-se” (WEDEL et al., 2007, p.502). Com a possibilidade da haver uma sobrecarga da responsabilidade da mãe, a transição da gestação para o puerpério provoca-lhe, vulnerabilidade tanto a nível emocional como físico.

Os cuidados ao recém-nascido, ou seja à “criança nascida há menos de dez dias”, como a sua higiene, vestuário e alimentação, são procedimentos, que para os novos pais, parecem ser complicados, causando-lhes bastante ansiedade” (COSTA, 2005, p.1049). Assim, são vários os conhecimentos que os pais têm que adquirir para prestar cuidados ao seu bebé, constatando-se que, a orientação e ensino feitos pela equipa de enfermagem acerca dos mesmos, conferem-lhes uma maior segurança. Neste âmbito BOBAK, [et al.] (1999, p.404), refere que “os pais necessitam sentir-se seguros e saber a quem recorrer para colocar questões sobre o desenvolvimento e cuidados a ter com o bebé”.

Sendo assim, o EEESMO pode se inserir no contexto de vivência da puérpera e buscar desenvolver conhecimentos, competências, habilidades e ferramentas para entendê-la integralmente, contemplando suas necessidades biológicas, mentais e sociais, as quais exercem influência sobre seu processo saúde-doença (SOUZA et al., 2008). Além disso, é importante que o EEESMO valorize, na sua prática, as crenças, valores e costumes das puérperas, para que ocorra um compartilhamento de saberes, capaz de favorecer a compreensão crítica da realidade e a efetiva promoção da saúde ao binômio mãe-filho (NAKANO et al., 2003).

Considerar o contexto social e as vivências da puérpera faz com que o cuidado oferecido pelos profissionais desta área se torne concreto, pois só assim se consegue encontrar uma aproximação entre o saber científico do profissional e o saber popular da puérpera.

Durante o meu percurso foi sempre promovidas medidas de controlo de infeção, nomeadamente a higienização das mãos quer por minha parte quer pela puérpera e visitantes. Esta prática, particularmente antes de realizar, por exemplo, os cuidados ao RN, os cuidados perineais, a amamentação e de mexer em objetos coletivos, permitem reduzir significativamente a incidência de infeção puerperal. Não menos importante era garantir a mudança sempre que necessária da roupa da cama e dos resguardos, também como medida de prevenção das infeções.

Um outro foco de atenção foi a 1ª micção espontânea, em que a puérpera era sempre acompanhada para evitar o risco de litotímia. A importância de verificar o risco de retenção urinária pós-parto definida como a incapacidade de urinar espontaneamente dentro de seis horas após o parto vaginal ou remoção de cateter vesical após a cesariana, podendo ocorrer em 1,5 a 14% das mulheres. São fatores de risco para retenção urinária pós-parto nuliparidade, trabalho de parto prolongado, parto vaginal instrumentalizado e anestesia peridural. A intervenção recomendada é a cateterização vesical de demora ou intermitente por 12 a 48 horas, até que seja possível o restabelecimento da micção espontânea. Deste modo a retenção urinária e a superdistensão da bexiga podem levar à infeção urinária e à hemorragia pós-parto.

Na dor do pós-parto quando associada à ferida perineal ou abdominal, está indicado o recurso a paracetamol e aplicação de frio na ferida perineal. No caso de parto eutócico normalmente medicação fornecida quando as puérperas referiam

queixas álgicas eram o paracetamol e/ou ibuprofeno, bem como o incentivo a deitar-se em pronação (barriga para baixo) com um pequeno travesseiro por baixo do abdômen, para ajudar a manter o útero contraído e auxiliar no alívio da dor. Por outro lado, no caso de cesariana recorria-se à administração de morfina através do cateter epidural.

A administração de morfina por via epidural após um parto por cesariana, permite à mulher caminhar mais precocemente do que a que não recebeu. A sensação de não ter dor facilita o esvaziamento da bexiga, aumenta o peristaltismo e previne a formação de coágulos nos membros inferiores. Os efeitos secundários da administração de opióides (nomeadamente morfina) são náuseas, vômitos, prurido, retenção urinária e depressão respiratória. Antieméticos, antiprurido, antagonistas dos opióides (Naloxona) e oxigenoterapia devem estar acessíveis em caso de complicações, alertando o anestesista para as mesmas. (LOWDERMILK, et al., 2008).

De acordo, com a NICE (2006) deve-se instruir as puérperas da necessidade de ver o trânsito intestinal restabelecido ao fim de três dias, através da deambulação, adequação da dieta alimentar e em caso de estas medidas não surtirem efeito, providenciar um laxante. As puérperas eram instruídas sobre dieta que permita a ingestão adequada de fibras, ingestão de líquidos e a prática de exercício associada. No caso de hemorroides, providencia-se a aplicação de gelo e dieta adequada, para evitar obstipação e colocação de agentes tópicos que aliviem a sintomatologia. Eram efetuados ensinamentos no sentido de perceberem complicações como sangramento retal, prolapso de hemorroides ou edema para intervenção urgente.

Outra situação de extrema relevância na atuação da EEESMO, é a prevenção do tromboembolismo venoso. As puérperas que necessitam de se manter por mais tempo em repouso no leito devem ser aconselhadas a usar meias elásticas e a realizar exercícios que promovam a circulação das pernas como flexão e extensão alternadas dos pés, rotação dos tornozelos em movimentos circulares, flexão e extensão alternadas das pernas e pressão na parte posterior dos joelhos na parte superior do leito e relaxamento (LOWDERMILK et al., 2008). No caso de suspeita de um trombo, evidenciado por queixas musculares, calor, rubor e sensibilidade da perna em questão, ou a presença de Sinal de Homans positivo (a dorsiflexão

forçada do pé com o joelho estendido pode causar dor nos gémeos na presença de trombose venosa profunda).

De acordo com o mesmo autor, os exercícios de Kegel eram incentivados para fortalecer o tônus muscular, especialmente nos partos vaginais. Estes exercícios foram explicados e aquando da alta, eram introduzidos dois dedos intravaginalmente com o intuito de perceber se os exercícios estavam a ser efetuados da forma correta.

Um dos aspetos considerados muito importantes é a promoção do repouso. Deste modo, sempre que possível devido ao reduzido rácio de enfermeiras para tantas puérperas (1 para 8 respectivamente), eram adequadas as intervenções de modo a atender às necessidades individuais de sono e repouso durante o internamento. As puérperas eram aconselhadas a amamentar em decúbito lateral para promover o seu descanso e a equipa de enfermagem ajudava a condicionar as visitas bem como a promoção do conforto também para o acompanhante.

Durante o internamento, a maioria das puérperas apresentavam bom apetite e alimentava-se bem. Todavia dependendo da cultura esta tendência podia variar. Ao contrário de impor regras ou imposições a postura foi sempre de respeito aproveitando estas ocasiões para introduzir aconselhamento nutricional adequado à amamentação, evitar obstipação e anemia, perda de peso e à promoção da recuperação e do bem-estar (LOWDERMILK, et al., 2008).

A MJD enquanto hospital amigo dos bebés, como anteriormente referido, incentiva a prática de amamentação na primeira meia hora de vida, pelo que quando as puérperas davam entrada no serviço de puerpério na sua maioria já tinham iniciado a amamentação. Assim, compete à EEESMO no serviço de puerpério incentivar a continuação do aleitamento materno e intervir nas dificuldades e complicações. Esta foi uma temática que mereceu especial atenção (abordado no capítulo seguinte) devido à percepção de que as EEESMO no serviço de Puerpério dedicam a maior parte do seu turno a encontrar estratégias para a promoção do aleitamento materno eficaz, temática esta, que parece ser uma das principais preocupações da puérpera.

A amamentação precoce vai promover a contração uterina e a prevenção da hemorragia materna. É no primeiro contacto com a mulher que a EEESMO deve

avaliar as mamas e mamilos bem como os conhecimentos que esta detém para atuar.

Uma vez que atualmente, na maioria dos Hospitais e Maternidades, é praticado o alojamento conjunto o EEESMO vê a necessidade de elaborar um plano de cuidados quer para a puérpera quer para o RN. A verdade é que na maioria dos casos as intervenções adaptam-se às necessidades do RN, nomeadamente alimentação, higiene e cuidados ao coto umbilical.

Durante o estágio foi também possível prestar cuidados à puérpera com patologia associada ou concomitante. A patologia mais frequentemente contactada foi nomeadamente diabetes mellitus. Na maioria dos casos, em que o desenvolvimento era durante a gravidez, estávamos perante situações que revertiam pós parto sem complicações. Por outro lado, as diabéticas pré gravidez retomam pesquisas e administração de insulina ou antidiabéticos orais conforme esquema pré-gravídico.

Todavia de acordo com as guidelines da NICE (2008), deve ser proporcionado a todas as mulheres pré-diabéticas uma avaliação por uma equipa multidisciplinar para discutir como irá controlar a diabetes após o parto, quais as implicações na amamentação, método contraceptivo e revisão pós parto ao fim de 6 semanas. No caso de puérperas que apenas desenvolveram diabetes durante a gravidez, ao fim de 6 semanas pós parto devem fazer prova de tolerância à glicose (75 g) para se verificar se continuam diabéticas ou se regressaram aos valores normais.

O RN de mãe diabética apresenta um elevado fator de risco no que concerne à hipoglicemia. Esta condição surge quando o valor de glicose no sangue é menor do que o adequado para manter as funções neurológicas, dos órgãos e teciduais. Valores entre 40-50 mg/DI, representam a necessidade de tratamento. Os sinais clínicos de hipoglicemia podem ser transitórios ou recorrentes e incluem agitação, letargia, falta de apetite, hipotonia, instabilidade da temperatura (hipotermia), apneia e convulsões.

A monitorização da glicemia capilar era efetuada ao fim das duas primeiras horas após o nascimento, 4, 6, 12, 24 e 48 horas e sempre que surgiam sintomas compatíveis com hipoglicemia (Comité de Estudios Fetoneonatales, 2002).

Uma das competências do EEESMO é promover a transição para a parentalidade da mulher e família de forma saudável, onde se espera que a mulher demonstre competência para cuidar do bebé, identifique desvios da normalidade e estabeleça uma relação emocional adequada.

A preparação para o parto é uma ferramenta que pode ser preciosa para os pais, pois permite não só a obtenção de conhecimentos teóricos e práticos, como discutir os assuntos, trocar experiências e colocar dúvidas que serão de extrema importância quando o RN chega.

O conhecimento de enfermagem e a sensibilidade com que o profissional avalia a estrutura e a dinâmica familiar são essenciais para detetar alterações que possam influenciar de forma permanente a criança, afetando a sua saúde e bem-estar (WONG, 2009). A teoria do desenvolvimento defendida por DUVALL (1977 citado por Wong (2009)), que descreveu oito tarefas do desenvolvimento da família durante o seu período de existência, descreve família como um pequeno grupo, um sistema semi-fechado de personalidades que interage com o sistema social e cultural maior. Assim, enquanto sistema inter-relacionado, não ocorrem mudanças em uma parte sem ocorrer um conjunto de mudanças em outras. O segundo estágio/tarefa intitula-se famílias com bebés, centrando-se na integração bebés à unidade familiar, acomodação dos novos papéis de pais e avós e manutenção dos laços conjugais.

Esta nova fase assemelha-se a um turbilhão de necessidades que aparentemente é impossível suprimir. Fatores como a idade parental, qualidade de relação parental, experiência anterior com outros filhos e sistema de apoio aos pais condicionam o sucesso da integração do novo ser sem efeitos negativos quer para o casal quer para o RN.

O período de tempo de contacto com a realidade de muitos casais, permitiu perceber de forma mais subtil se os mesmos estavam a acompanhar esta nova etapa das suas vidas e até que ponto reuniam as condições necessárias para validar o papel parental. A vinculação é motivo de grande atenção pela equipa de enfermagem que encoraja a permanência e a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido, ajudando-os a adaptarem-se às necessidades individuais do mesmo, partilhando conhecimentos e dúvidas, ultrapassando obstáculos,

desenvolvendo desta forma estratégias para lidar com o RN aumentando a segurança e facilitando a interação entre os três (LOPES e FERNANDES, 2008).

Existiram, pelo menos dois casos de referenciação ao Serviço Social disponibilizado pela MJD, nos quais foram detetadas situações de risco familiar no que concerne aos cuidados ao RN.

O tempo que as puérperas permanecem no serviço varia de acordo com o seu tipo de parto. Após um parto eutócico, o tempo varia entre os 2 a 3 dias, após distócico por cesariana 3 a 4 dias.

Nos períodos de gestação e puerpério a mulher necessita de atenção especial pois inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social podem refletir-se na sua saúde mental. O ganho de peso durante a gravidez e a instituição de que a mulher tem de ser magra, pode provocar transtornos afetivos de imagem corporal e da alimentação. No período de puerpério, em particular, o exercício físico atua na prevenção de depressão pós parto, melhora a qualidade do sono, fortalece os músculos, auxilia na postura para além de proporcionar benefícios físicos, psicológicos e sociais. Nunca esquecendo que a prática de exercício deve ser orientada por profissionais que adequem a intensidade dos exercícios de acordo com a recuperação pós-parto.

Existe um conjunto de alterações de humor pós-parto que a maioria dos autores divide em três categorias: “*blues*”, depressão pós-parto (varia de leve a grave) e psicose puerperal. O também denominado *postpartum blues* é um termo que se refere a uma situação transitória caracterizada por alterações de humor, irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e crises de choro. Os sintomas são mais intensos ao 5º dia pós-parto e resolvem habitualmente ao fim de duas semanas. Sugere-se aumentar os períodos de descanso e reforçar o suporte familiar, sendo aconselhada terapêutica no caso de insónias apenas durante um curto período de tempo. A depressão pós-parto não parece ser muito distinta da depressão que ocorre em mulheres não grávidas, surgindo durante o primeiro ano pós-parto. O principal fator para o seu aparecimento é a história pessoal de depressão anterior em que a primeira fase do tratamento é o recurso a terapia psicossocial e em casos mais graves o recurso a terapêutica farmacológica que deve permitir a amamentação, para evitar os efeitos secundários no RN. No que concerne à psicose puerperal esta agrupa distúrbios

psiquiátricos que felizmente são pouco frequentes, podendo surgir pela primeira vez ou recorrer no puerpério: esquizofrenia, perturbação bipolar, distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbio de pânico.

Durante o internamento são prestados vários ensinamentos sobre cuidados ao RN, nomeadamente banho, roupa, cuidados com o coto umbilical e mudança de fralda. Relativamente ao banho, eram um momento de avaliação física do bebé, bem como de ensino e treinamento dos pais sobre a técnica correta de dar banho ao RN. Devido à falta de infraestruturas que permitissem dar o banho aos RN na totalidade, os cuidados de higiene ao RN eram parciais. No entanto, os ensinamentos eram efetuados de acordo com os cuidados que iriam ser prestados no domicílio.

Como fase de interação com os pais aproveitava também para realizar ensinamentos sobre hábitos de eliminação intestinal e vesical, abordando o padrão habitual bem como as características, sem esquecer os cuidados a ter na mudança de fralda para evitar o eritema da fralda. LOWDERMILK [et al.] (2008) afirma que os recém-nascidos podem apresentar entre 2-6 micções nos primeiros 1-3 dias e posteriormente 6-8 micções por dia. Relativamente à eliminação intestinal os RN devem evacuar três vezes a cada 24 horas. Estas informações permitem ajudar na redução da ansiedade dos pais pois reflete que o RN está a ser bem alimentado e o sistema urinário e intestinal estão a apresentar sinais de normalidade.

Outro cuidado efetuado diariamente ou sempre que necessário era o cuidado ao coto umbilical. O objetivo dos cuidados com o cordão umbilical visava evitar ou reduzir a incidência de hemorragia e infeção. O coto umbilical é um excelente meio para o crescimento bacteriano e pode facilmente ficar infetado. Recorreu-se à desinfecção com álcool a 70°. Todavia, o uso de álcool está associado à demora na desidratação e na queda do coto umbilical, pelo que, as recomendações atuais da Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2007) incluem a limpeza com água estéril inicialmente e posteriormente com água potável. Assim, devem ser pesquisados sinais de infeção como rubor, edema ou secreção purulenta a cada muda de fralda. Os primeiros cuidados ao coto umbilical eram realizados pelos EEESMO e posteriormente ia-se observando a puérpera ou o pai a prestar os cuidados, visando detetar dificuldades ou dúvidas para poder intervir.

Tive também oportunidade de contactar com RN que apresentaram icterícia fisiológica, acometendo esta cerca de 60 % dos recém-nascidos de termo sendo a taxa superior no caso de RN pré-termo. A icterícia é uma das condições mais comuns que necessitam de atenção médica em recém-nascidos, manifestando-se por coloração amarela da pele e das esclerótidas (causados pela acumulação de bilirrubina na pele e membranas mucosas, habitualmente denominada hiperbilirubinemia (NICE, 2008). As principais causas são incompatibilidade grupo sanguíneo, infecção ou distúrbios metabólicos. Assim, foi nossa preocupação transmitir informação aos pais para que fossem capazes de detetar esta situação em casa e dadas indicações para regressar para avaliação dos níveis de bilirrubina se se justificasse.

Enquanto hospital amigo dos bebés as orientações são para, incutir nos seus profissionais a ideologia e exigência da promoção do aleitamento materno eficaz extremamente vantajoso quer para a puérpera quer para o RN, benefícios esses comprovados na comunidade científica sobre a temática no geral. Foi possível ao longo do estágio aplicar e incrementar os meus conhecimentos e práticas sobre amamentação uma vez que se demonstrou uma temática transversal aos três locais de estágio.

São inúmeras e indiscutíveis as conhecidas vantagens do AM (JUVENTINO et al., 2011). No entanto, e segundo os mais recentes estudos em Portugal, embora 90% das mães portuguesas iniciem o AM, mais de metade desistem da amamentação durante o 1º mês de vida do bebé (LEVY e BÉRTOLO, 2008).

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno recaem diretamente no domínio dos direitos humanos. A promoção do aleitamento é, uma questão que diz respeito a todo o pessoal de saúde que se relaciona com a mulher no período pré - natal, no momento do parto e no período pós - parto, como as enfermeiras dos centros de saúde e das maternidades, as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetria, os médicos de família e obstetras.

A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés procura corrigir práticas “menos corretas” desenvolvidas pelos profissionais de saúde das maternidades e que contribuíram para o declive do aleitamento materno. Esta iniciativa contempla 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, que são: uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a

equipa de cuidados de saúde, dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política, Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno, Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente, não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica, praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia, dar de mamar sempre que o bebé queira, não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito e encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Conforme, referido anteriormente enquanto EEESMO, procedi à promoção do aleitamento materno tendo em conta as vantagens subjacentes. Devido aos cuidados e burocracias inerentes ao alojamento conjunto de um número de puérperas e recém-nascidos elevado pode, tornar-se complicado garantir a aplicação de todos os dez passos instituídos pela OMS/UNICEF. Uma vez detetada esta fragilidade, optou-se por efetuar uma revisão integrativa sobre o papel da EEESMO na promoção do aleitamento materno eficaz, tentando encontrar uma forma sistemática de atuar visando o sucesso da amamentação. Sendo os resultados apresentados no capítulo seguinte.

Todavia, existem algumas considerações nomeadamente o que se refere ao horário e frequência das mamadas que de acordo com OMS/UNICEF deve ser em regime livre ou também designado livre demanda, assegurando que não durmam por períodos longos. Estas práticas foram instituídas ao longo do estágio permitindo o empowerment materno, aquando da alta, que se traduz em melhores resultados, nomeadamente o sucesso do AM. A adesão ao aleitamento materno inclui duas áreas principais para a atuação da equipa de enfermagem: a promoção e apoio ao AM. A promoção inclui um conjunto de normas (políticas nacionais, europeias e *guidelines*) e o apoio consiste na transmissão de informações atuais, corretas e coerentes por parte do EEESMO.

A articulação que é feita da MJD com os centros de saúde da área é feita por fax, onde é informado o respetivo centro de saúde do nascimento do RN, tipo de parto e se o puerpério é normal ou patológico. Aquando a alta, a puérpera leva uma

carta direcionada ao enfermeiro de família com os dados mais importantes do parto e puerpério.

Na preparação para a alta eram prestadas orientações para preparar a mulher para o autocuidado e o cuidado do RN em tempo limitado, uma vez que muitas vezes ainda estávamos a tentar assegurar que a puérpera estivesse confortável e fosse capaz de repousar. Deste modo, e tendo em conta que para cada EEESMO estavam atribuídas cerca de 8 puérperas e respetivos recém-nascidos, por vezes, era difícil garantir que em todos os casos individuais fossem transmitidos todos os ensinamentos básicos a considerar na preparação para a alta. Assim, em conjunto com a minha orientadora desenvolvi uma Check-list dos principais assuntos a desenvolver na preparação para a alta de modo a evitar falhas na transmissão de informação importante para o autocuidado eficaz e papel parental validado nos cuidados ao RN (Anexo IV). Assim, devem ser fornecidas informações (relativas às puérperas) sobre nutrição, medidas de alívio e desconforto, exercício e restrição de atividades específicas, administração dos períodos de repouso e sono, mama e cuidados com ferida cirúrgica, início da atividade sexual, contraceção e sinais de complicações (LOWDERMILK, et al., 2011).

Relativamente ao RN o ensino sobre a prevenção de acidentes e a segurança rodoviária (uso de cadeira para transportar o bebé no carro e o seu funcionamento, prevenção de quedas, queimaduras, afogamento), sinais de doença como: febre ($>38^{\circ}\text{C}$ axilar), hipotermia ($<36,5^{\circ}\text{C}$ axilar), diminuição do apetite (recusa de duas alimentações seguidas), vômitos, diarreia, diminuição dos movimentos intestinais/obstipação, diminuição do débito urinário (não urinar durante 18 a 24 horas ou molhar menos de seis a oito fraldas por dia), dificuldade respiratória, cianose consequente da alimentação ou não, letargia, choro inconsolável, exsudado sanguinolento ou purulento do cordão umbilical, desenvolvimento de secreções oculares (LOWDERMILK, et al., 2008).

Também foram ensinados aspetos relacionados com o choro do RN (fome, fralda molhada, necessidade de eructar, frio, calor, quando estão doentes, dor) e também técnicas para acalmar o bebé; sobre os padrões de sono do RN (frequência, estado de alerta) a posição mais adequada para dormir e sobre a técnica para eructar.

Durante o internamento (aquando da alta) eram realizadas as primeiras vacinas do RN. As mesmas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. À nascença, no recém-nascido com peso igual ou superior a 2 000 g, recomenda-se: a vacina contra a tuberculose (BCG) e a primeira dose da vacina contra a hepatite B (VHB) (Plano Nacional Vacinação, 2012).

Na maioria dos casos ambas as vacinas são administradas na maternidade. Quando tal não ocorre serão administradas no centro de saúde, o mais brevemente possível, segundo o calendário recomendado.

A puérpera é também informada que deve ir à sua Unidade de Saúde Familiar para realização do teste de Guthrie, normalmente denominado teste do pézinho, primeiras consultas quer da puérpera quer do Recém-nascido e próximas vacinas de acordo com o PNV (aos 2 meses). Em Portugal, o rastreio neonatal da fenilcetonúria é efetuado a todos os recém-nascidos, realizando o teste do pézinho, através da colheita de sangue do pé do recém-nascido entre o 3º e 6º dia (Programa Nacional de Diagnóstico Precoce).

Relativamente a recomendações direcionadas às puérperas estas prendiam-se em aspetos relacionados com a dieta apropriada durante o período de amamentação, prevenção de obstipação, alguma medicação adequada a analgesia em caso de dor e ferro na prevenção de anemia (LOWDERMILK, et al., 2008). Outro tópico abordado é o regresso à atividade sexual e a contraceção após o parto. De acordo com GRAÇA (2010), após 2 ou 3 semanas as relações sexuais podem ser reiniciadas, desde que não provoquem desconforto ou dor. Por outro lado, relativamente à contraceção esta era aconselhada antes da alta e a puérpera era elucidada de que a amenorreia e a amamentação não são garantias de ausência de risco de gravidez.

Neste sentido, a puérpera é informada sobre a consulta de revisão de puerpério 6 semanas após o parto, altura em que também será seguro, à partida, retomar a atividade sexual. No entanto, o casal deve ser alertado para algumas alterações a nível da resposta sexual da mulher, nestas situações, sinais de dispareunia após este período de 6 semanas deve ser explorado e pode ser recomendado o uso de lubrificantes para este desconforto (LOWDERMILK, et al., 2008; NICE, 2006).

Os principais sinais de alerta de complicações como temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, alterações do padrão urinário (frequência, cor, aspeto, dor), intensidade e características da perda hemática e presença rubor, tumefação, equimoses, deiscência da sutura e alterações mamárias.

Termina-se assim a descrição dos processos que conduziram ao processo de desenvolvimento e aquisição de competências que caracterizam o perfil do EEESMO. Foi um processo gradual e rico em experiências que promovem a prática de cuidados especializados de forma segura baseada na evidência atual.

O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de uma transição próspera, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (MARTINS, 2008).

O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (MELEIS, 2007).

Face ao exposto ao longo do presente trabalho, comprova-se a importância do EEESMO e da sua presença desde a fase pré-natal, passando pelo estado gravídico até ao período pós parto. A ideia utópica de que as políticas de saúde poderão mudar mantem-se, partindo da expectativa que futuramente o acompanhamento da mulher possa ser feito pela mesma EEESMO o que permitirá uma relação de empatia, segurança e confiança que certamente se reflete com ganhos em saúde.

3. INTERVENÇÕES DETERMINANTES DO EEESMO PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, procedeu-se à elaboração da revisão da literatura científica numa área que se mostrou relevante no exercer do estágio, e à qual foi necessário a pesquisa de informação para assegurar a prática baseada na evidência.

O AM é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. O papel da EEESMO constitui uma intervenção sensível, económica e eficaz, exercendo um impacto positivo no binómio mãe-filho.

Com o presente estudo de investigação pretende-se averiguar quais as intervenções do EEESMO na promoção do AM eficaz, tendo sempre como objetivo a prática baseada na melhor evidência científica.

3.1. Introdução

São inúmeras e indiscutíveis as conhecidas vantagens do AM (JOVENTINO et al., 2011). No entanto, e segundo os mais recentes estudos em Portugal, embora

90% das mães portuguesas iniciem o AM, mais de metade desistem da amamentação durante o 1º mês de vida do bebé (LEVY; BÉRTOLO 2008).

O AM exclusivo até aos seis meses de idade é um dos principais objetivos dos programas de nutrição e saúde pública em todo o Mundo. O EEESMO está ativamente inserido na tentativa de aumentar a percentagem de mulheres a amamentarem exclusivamente até aos 6 meses pós-parto. No entanto, e apesar deste esforço, a grande maioria das mulheres não obedece a estas indicações. A revisão integrativa da literatura nesta temática pretende identificar quais as possíveis e mais eficazes intervenções que o EEESMO deve aplicar no sentido de promover o AM, mas mais que isso, promover um AM eficaz (MEEDYA et al., 2010).

Para atingir os objetivos pretendidos pela OMS, é exigido aos profissionais de saúde a prestação de cuidados de saúde às famílias nesta fase do seu ciclo de vida, desenvolvendo esforços no sentido de as capacitar a cumprir o seu projeto de amamentação, e simultaneamente aumentar a satisfação com que o fazem, sem negligenciar o contexto social e cultural em que se inserem (PINTO, 2008).

O processo de amamentação é complexo. Fisiologicamente, a lactação é possível para a grande maioria das mulheres. No entanto, o AM é significativamente afetado pela influência cultural e psicossocial do meio envolvente, bem como pelas práticas dos profissionais de saúde com quem lidam (MARQUES et al., 2010).

Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática e nem sempre é fácil o seu início. Atraso na subida do leite, dor por ingurgitamento da mama, mamilos gretados, são situações com que a mãe se pode debater. Face a estas dificuldades, e assolada por dúvidas, a mãe fica insegura na sua capacidade de amamentar e com receio de prejudicar o seu filho, surgindo o abandono (IKHENA;TAYLOR, 2013).

Culpar a dinâmica social ou as mães pelo abandono do AM é não assumir a responsabilidade que também pertence aos profissionais de saúde, principalmente ao EEESMO, por estar diretamente envolvido na assistência pré-natal, parto e pós-parto. O EEESMO encontra-se numa situação de alguma forma privilegiada face aos diferentes contextos de trabalho para a promoção do AM eficaz, sendo-lhes incutida a responsabilidade de estimular e ajudar as mães a amamentarem.

Tendo em conta que para muitas mulheres a gravidez é a primeira vez que esta estabelece contato com os profissionais de enfermagem, o EEESMO deve estabelecer uma relação de ajuda, de confiança, de promoção de saúde à mulher, assumindo-se esta como uma prática fundamental de enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Sendo os ensinamentos à grávida para o AM um processo muito complexo e decisivo na qualidade de vida e promoção da saúde da mãe e do bebé, torna-se assim pertinente identificar quais as principais intervenções do EEESMO determinantes na promoção do AM de acordo com as indicações da melhor evidência científica.

O objetivo do presente estudo é identificar que intervenções do EEESMO determinantes que devem ser desenvolvidas para garantir o aleitamento materno eficaz.

3.2. Opção Metodológica

De forma a alcançar o objetivo proposto, procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura científica. Este método é frequentemente utilizado em enfermagem pelo seu comprovado potencial para a prática baseada na evidência (JOVENTINO et al., 2011). Seguiram-se as seguintes etapas, baseadas na metodologia PICO: (1) Elaboração da questão de investigação, (2) Seleção de artigos, (3) Categorização dos estudos, (4) Definir qual o conteúdo a ser avaliado entre os trabalhos escolhidos, (5) Análise e discussão dos resultados, e por fim (6) Síntese/Conclusão dos conhecimentos apurados.

Estabeleceu-se a seguinte questão orientadora: Quais as intervenções determinantes que devem ser desenvolvidas pelo EEESMO para garantirem o aleitamento materno eficaz?

Foram estabelecidos critérios de inclusão para o presente estudo: publicações do tipo artigos científicos em periódicos reconhecidos, teses, dissertações, livros e documentos de carácter governamental e publicações disponíveis nos idiomas português e/ou inglês. Estas publicações foram pesquisadas através dos termos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*): *Breastfeeding* (Aleitamento Materno), *Midwife* (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), *Breastfeeding Promotion* (Promoção do Aleitamento Materno) e *Interventions* (Intervenções) com o auxílio dos operadores booleano *and* (e) e inseridos no título (*title*) e/ou resumo (*abstract*).

Excluíram-se os artigos que não disponíveis integralmente, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, publicações duplicadas, estudos não relevantes para a temática e aqueles cuja data de publicação fosse superior a 5 anos. A informação foi recolhida nas bases de dados: PubMed, EBSCOhost (*Academic Search Complete*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health*), Wiley Online Library (The Cochrane Library), Springer Link e Repositório Aberto da Universidade do Porto.

A pesquisa decorreu entre o mês de Março e Maio de 2013, resultando em 167 referências encontradas, das quais 156 foram excluídas.

Para a seleção das publicações foram lidos inicialmente o título e resumo, de forma a confirmar se seriam pertinentes na resposta à questão orientadora.

3.3. Resultados

Através da análise dos 11 artigos selecionados, verificou-se que a maioria (38%) foi encontrada na base de dados PubMed. Apenas foram incluídos estudos do tipo revisão sistemática da literatura e ensaios clínicos randomizados, e com datas compreendidas entre 2008 e 2013.

A grande meta da investigação em enfermagem é a prática baseada na melhor evidência científica, de forma a promover a qualidade, diminuição de custos em saúde, melhorar os *outcomes* para os pacientes, família e profissionais de saúde, e em última instância melhorar o próprio serviço de saúde (BURNS et al., 2011) Os níveis de evidência (NE) permitem o estabelecimento de uma escala de valor da informação recolhida, guiando assim o profissional de saúde EEESMO no sentido de eleger as práticas/intervenções de maior importância.

Na tabela 5 é realizada uma síntese dos pontos mais relevantes de cada publicação selecionada, o que permite a classificação de acordo com o nível de evidência. O NE foi atribuído recorrendo à tabela classificativa sugerida pelo *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*. Quanto mais elevado o NE, maior a validade e confiança nos estudos realizados. Nove artigos apresentaram NE I e estão incluídos essencialmente estudos do tipo revisão sistemática da literatura. Estudos/ensaios clínicos randomizados, que clinicamente se traduzem na comparação entre um grupo de controlo e um grupo de intervenção, correspondem ao NE II e foram utilizados quatro no presente estudo.

Segundo as mais recentes indicações da Biblioteca Virtual em Saúde Cochrane, lidamos exclusivamente com o tipo de evidência POEM – *Patient Oriented Evidence that Matters*, pois estas evidências analisam parâmetros como: mortalidade, morbilidade e qualidade de vida. Existe um número reduzido de estudos nesta temática e interessam particularmente ao profissional de saúde de família.

Tabela 5: Análise do objectivo, metodologia, resultados e conclusões dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Autores	Objectivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	NE
PRIMO <i>et al.</i> (2013)	Elaborar intervenções de enfermagem para a amamentação após os seis meses de vida	Revisão sistemática da literatura Estudo exploratório-descritivo sobre intervenções de enfermagem no AM, após os seis meses de vida do RN	Foram encontradas 54 possíveis intervenções de enfermagem na literatura.	O CIPE (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem) é um ótimo instrumento para a implementação de uma linguagem unificada, a fim de facilitar a comunicação entre mulheres e parteiras.	I
HECTOR; KING (2008)	Identificar quais as intervenções mais eficazes na promoção e suporte ao AM	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica sobre as intervenções na promoção e suporte ao AM	Foram identificadas as principais intervenções: educação, suporte, combinado, programas de saúde comunitária e intervenções multifacetadas.	Existem diversas intervenções que têm sucesso na promoção do AM. As intervenções multifacetadas parecem ser as mais eficazes, mas a combinação de factores é ainda difícil de realizar.	I
CHUNG <i>et al.</i> (2008)	Proceder a uma revisão sistemática da evidência sobre as melhores intervenções na promoção do AM	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica sobre as intervenções na promoção do AM e <i>outcomes</i> para a mãe e criança	Foram identificadas as principais intervenções e colocadas questões sobre a sua eficácia	A evidência sugere que as intervenções no AM são mais eficazes que os usuais métodos. Intervenções combinadas (pré e pós-parto) são as mais benéficas	I
IMDAD; YAKOOB; BHUTTA (2011)	Identificar se as intervenções de enfermagem são eficazes na promoção do AM	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica sobre o impacto das intervenções de enfermagem na promoção do AM	Existem evidências estatísticas significativas para afirmar que as intervenções de enfermagem aumentam a percentagem de AM, sendo mais evidente em países em desenvolvimento.	As intervenções de enfermagem aumentaram significativamente o AM exclusivo e a sua prevalência às 4-6 semanas.	I
HANNULA; KAUNONEN; TARKKA (2008)	Descrever como o AM é apoiado durante a gravidez e verificar o quão eficazes são as	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica sobre o apoio profissional	As intervenções que ocorrem desde a gravidez até o período intra-parto são mais eficazes. As	As visitas domiciliárias, consultas telefónicas e cuidados de apoio com pares	I

Intervenções determinantes do EEESMO para o sucesso do aleitamento materno

	intervenções neste período	durante o AM	intervenções combinadas são mais eficazes.	são encorajadores desta prática.	
JOVENTINO <i>et al.</i> (2011)	Tipos de tecnologias que o enfermeiro poderia utilizar na promoção do AM	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica sobre tecnologias de promoção do AM nas principais bases de dados	Identificaram-se 13 tipos de tecnologias para o cuidado, classificadas como dura e leve, cujo principal público-alvo são mães de crianças. A tecnologia mais utilizada foi o vídeo-filmagem.	A prática de enfermagem com recurso a tecnologias na promoção do AM deve ser estimulada, sobretudo por serem práticas, facilmente desenvolvidas e aplicadas.	I
MEEDYA; FAHY; KABLE (2010)	"Quais os factores modificáveis que podem influenciar positivamente o AM pós-parto?" - intervenções de enfermagem	Revisão sistemática da literatura Revisão bibliográfica online sobre a temática, usando termos de pesquisa que possam responder à questão orientadora	Os factores modificáveis que influenciam a decisão das mulheres face ao AM são: "intenção de amamentar", "auto-eficácia" e "suporte social". As estratégias existentes por parte do EEESMO incluem frequentemente a melhoria do suporte social, mas não incidem nos restantes factores	A maioria das intervenções de enfermagem apoiam-se na correcção de um factor modificável isoladamente. Uma abordagem simultânea aparenta ser mais eficaz.	I
MAIA (2008)	Estudar a adesão do aleitamento materno e estudar e identificar o papel do enfermeiro na adesão ao aleitamento materno	Ensaio Clínico Randomizado Participantes: 256 participantes Procedeu-se à entrega de um questionário de auto-preenchimento entre as 24 e 36 horas após o parto. Posteriormente realizaram-se entrevistas telefónicas (ao 1º, 4º e 6º mês pós-parto)	Elevada incidência de AM no nascimento e acentuado abandono verificado no 1º mês de pós-parto. É neste período que são referidos mais problemas por parte das recém-mães. Os enfermeiros foram mobilizados em 19% dos casos para solucionar problemas associados.	O enfermeiro exerce uma função essencialmente educadora na formação/informação sobre o AM	II
AKSU; KUÇUK; DUZGUN (2011)	Determinar os efeitos da educação/apoio no AM no domicílio, ao 3º dia pós parto, na duração e conhecimento do AM	Ensaio Clínico Randomizado Participantes: 60 mulheres receberam o programa de educação regular sobre o AM nas primeiras horas após o parto (inseridos na	O programa de educação/apoio ao domicílio, 3 dias após o parto, resultou no aumento significativo da percentagem de RN amamentados, exclusivamente às 2 e 6 semanas e também aos 6 meses.	A educação no AM, ministrada por profissionais competentes no domicílio, 3 dias após o parto foi eficaz no aumento da duração do AM e resultou também no aumento de conhecimentos nesta área por	II

		iniciativa <i>Baby Friendly Initiative</i>).		parte da recém-mãe.	
		O grupo de intervenção foi adicionalmente submetido a outro programa de educação sobre o AM, no domicílio, 3 dias após o parto.			
		Ensaio Clínico Randomizado			
GRAÇA; FIGUEIREDO; CONCEIÇÃO (2011)	Analisar o contributo das intervenções das enfermeiras, com primíparas na promoção do AM	Participantes: 151 primíparas com menos de 28 semanas de gestação Existem 3 momentos de colecta de dados: (1) 26ª à 28ª semana; (2) 1º mês de vida do RN e (3) 6º mês de vida do bebé. Todas as primíparas tiveram consultas individuais e um coorte assistiu a cursos de preparação e visita domiciliária.	As mulheres que somente participaram em consulta individual, amamentaram, em média, menos dias que as mulheres que para além desta consulta, frequentaram cursos de preparação para o parto e tiveram assistência domiciliária. Evidências estatísticas apoiam que a duração do AM é influenciada pelas intervenções de enfermagem.	A intervenção de enfermagem que se inicia no pré-parto e se prolongou até ao pós-parto, com diversidade de estratégias (consulta individual, curso de preparação e visita domiciliária) teve efeitos significativos na duração do AM. Baseia-se em ensinamentos, práticas e transmissão de conhecimentos.	II
		Ensaio Clínico Randomizado			
TAHIR; AL-SADAT (2013)	Avaliar a eficácia da consulta telefónica para aconselhamento à lactação, na prática do AM	Participantes: 357 mães de parto normal e com bebés saudáveis As mães foram seguidas durante 6 meses. O grupo de intervenção (n=179) recebeu aconselhamento via telefone duas vezes por mês, para além dos cuidados convencionais pós-parto	No 1º mês, uma percentagem superior de mães do grupo de intervenção praticava o AM exclusivo. A principal razão para a interrupção do AM foi "baixa qualidade do leite" numa fase inicial e "retorno à vida profissional" mais tardiamente.	O aconselhamento via telefone por profissionais de enfermagem devidamente formados é eficaz no aumento do número de mães com AM exclusivo no 1º mês, mas não no 4 e 6º mês.	II

3.4. Discussão

Após a interpretação dos resultados procedeu-se à análise e discussão do conteúdo dos mesmos. Foram identificadas as intervenções do EEESMO determinantes para a promoção do AM eficaz.

O EEESMO assume um papel normalizador e regulador das práticas relacionadas ao AM, sendo por isso autoridade e ponto de referência para as mães no estabelecimento do padrão de alimentação. O principal objetivo das intervenções são os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para a criança. Sem esquecer as dimensões psicossociais, estas intervenções devem ser baseadas em justificações científicas (GRAÇA et al., 2011).

As vantagens da amamentação para a criança e para a mãe são diversas (PRIMO et al., 2013). Os benefícios para o RN incluem: relacionamento exponenciado com a mãe, diminuição da incidência de infeções e alergias na infância, diminuição do risco de síndrome de morte súbita do RN e diminuição na probabilidade de desenvolver *Diabetes Mellitus*. Diversos estudos apontam ainda que o AM reduz significativamente o risco de obesidade infantil (JIANG; FOSTER, 2013)

Em 2008, um estudo da Lancet sobre a sobrevivência infantil, identificou a promoção do aleitamento materno adequado (AM exclusivo até aos 6 meses, seguido da introdução de alimentos complementares adequados até aos 2 anos de vida) como a intervenção preventiva de saúde pública mais eficaz na redução da mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos (BLACK et al., 2008).

Para a mãe, o AM traduz-se na redução da probabilidade de hemorragia pós-parto e perda de sangue no fluxo menstrual. Influencia ainda a recuperação até ao peso pré-gravítico, aumenta a remineralização óssea, diminui o risco de fratura na

anca pós-menopausa, cancro dos ovários e cancro mamário pré-menopausa (REA, 2004).

A decisão de amamentar parte da mãe, que tem o papel de nutrir o seu filho e é, importante que ela seja devidamente assistida e orientada a respeito das suas dúvidas e benefícios dessa decisão para ela e para o lactente. A assistência à mulher fornecida pelo EEESMO é imprescindível, pois ao informá-la, orientá-la e apoiá-la, a prática do AM é promovida e, por conseguinte, a sua saúde e da criança. Para cumprir este papel, o EEESMO precisa de possuir conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente a lactação (PRIMO et al., 2013).

O EEESMO precisa de construir uma relação com a mulher que é atendida, enfrentando as dificuldades que surgem com o lidar da amamentação e assim apresentar opções. O cuidar em enfermagem é considerado a essência da profissão, e contempla duas áreas distintas, como o desenvolvimento de técnicas e procedimentos e as questões subjetivas como: a criatividade, a sensibilidade e a intuição na prestação de cuidado ao outro (SANTOS et al., 2009).

„A necessidade de intervenções eficazes para encorajar e apoiar as ótimas práticas de AM está frequentemente descrita na literatura científica (HECTOR; WEBB, 2008). Hector e King, através do seu estudo, foram os primeiros a descrever a possível categorização das intervenções do EEESMO em 3 níveis: nível individual, nível em grupo e nível social. Estes três tipos de intervenções são congruentes com as cinco áreas de promoção de saúde pública implementados nesta área (HECTOR; KING, 2008).

3.5. Intervenções Determinantes que promovem o AM

3.5.1. Intervenções na Promoção do AM a Nível Individual

O nível individual diz respeito às intervenções diretamente aplicadas à mulher. Deve incluir intervenções que se iniciem no período pré-parto e se prolonguem ao pós-parto, podendo incluir aulas de preparação para o parto, visitas domiciliárias e consulta telefónica. O início precoce das intervenções pretende aumentar o conhecimento relacionado ao AM e as competências práticas. Intervenções responsáveis pela manutenção do bom estado de saúde da mãe e do RN estão também incluídas.

Existem evidências crescentes do impacto significativo de uma iniciação precoce da amamentação, que preferencialmente deve ocorrer na 1ª hora de vida do RN, na redução da mortalidade neonatal (MULLANY, 2008 e CAI et al., 2012). Com o avançar da gravidez a grávida manifesta cada vez mais interesse nas orientações sobre o aleitamento materno, o que facilita a discussão e esclarecimento das dúvidas. É importante o EEESMO identificar estes momentos de maior vulnerabilidade à informação, para proceder a ensinamentos mais eficazes (MAIA, 2008).

Educação, ensinamentos, apoio profissional e estimulação do apoio de pares são as principais intervenções no nível individual. São exemplos de intervenções: Fornecer informação educacional, factual ou técnica, sobre o AM (pode incluir filmes, panfletos, aulas de preparação para o parto), apoio por parte do EEESMO em dificuldades clínicas (intervenção em caso de dificuldades clínicas como mastites, mamilos gretados, entre outros), visitas domiciliárias por parte dos profissionais de saúde ou pares e por fim, conselhos ou reencaminhamento em caso de dúvidas ou dificuldades (KERVIN; et al., 2010 e REMPEL; MOORE, 2012).

A intervenção aconselhar é provavelmente aquela que requer mais sensibilidade por parte do EEESMO. Por se tratar de um fenómeno psicossomático, requer um conjunto de habilidade e atitudes empáticas. Inclui: escuta ativa (ouvir primeiro, avaliar o conhecimento ou informação pré-existente), linguagem corporal, atenção e empatia (tendo em conta os anseios e sentimentos da mãe, sem fazer julgamentos e respondendo às questões) (JOVENTINO et al., 2011). De acordo com o estudo de IMDAD [et al.], o aconselhamento pré-parto aumentam significativamente as percentagens de adesão ao AM entre a quarta e sexta semana pós-parto e aos seis

meses pós-parto. A combinação de aconselhamento pré e pós-parto revelou benefícios para o AM exclusivo aos seis meses pós-parto (IMDAD et al., 2011).

As intervenções educacionais são recomendadas por diversos estudos e autores no suporte e promoção de prática do AM (NOEL-WEISS et al., 2006) (HECTOR; WEBB, 2008). As intervenções educacionais melhoram consideravelmente não só a intenção, mas também a atitude face à amamentação (MEEDYA et al., 2010).

RYSER [et al.], defende que as intervenções educacionais implementadas durante as visitas pré-parto podem afetar positivamente a intenção das mães para a amamentação. No entanto, o seu estudo não permitiu examinar o efeito da intervenção na duração da amamentação (RYSER et al., 2005).

O facto de as mulheres se mostrarem pouco indecisas em relação à sua atitude face à amamentação, sugere que os profissionais de saúde poderão ter dificuldade em influenciar a mulher (HENDERSON; REDSHAW, 2011). Existem evidências que mostram que quanto maior o conhecimento no período anterior ao parto e maternidade, melhor será a influência e as consequências serão mais marcantes no 1º mês de amamentação (COUTINHO et al., 2005).

A intervenção “entrevista motivacional” corresponde a um método muito útil no aumento da duração do AM. O objetivo da utilização desta intervenção é promover o AM apoiado, aumentando a intenção de amamentar, bem como a auto-eficácia por parte da mãe. Segundo este estudo, as mães do grupo de intervenção amamentaram em média 98 dias, comparativamente aos 81 dias do grupo de controlo (WILHELM et al., 2006).

A utilização de *workshops* sobre AM no período pré-parto é também uma intervenção referenciada. De acordo com este estudo de Noel Weiss e seus colaboradores, esta intervenção aumentou a auto-eficácia das mulheres a amamentar, mas devido ao pequeno tamanho da amostra, não foi possível auferir sobre o seu efeito na duração do AM (NOEL-WEISS et al., 2006).

A enfermagem tem vindo a utilizar tecnologias para mediar o cuidado prestado ao indivíduo assistido, tendo sido identificados tecnologias duras e leves. As tecnologias duras, como os vídeos/filmagens, folhetos e livretos, *software*, escalas e exames laboratoriais são intervenções de enfermagem na promoção do AM. A eficácia dos vídeos/filmagens prende-se ao facto destes contribuírem para o

aumento de comportamentos desejados, facilita a aquisição de conhecimentos, reduz a ansiedade e melhora o auto-cuidado (KROUSE, 2001).

O uso de panfletos/folhetos apenas são eficazes se existir a presença de um profissional de saúde que facilite a discussão entre eles, os pais e os familiares intervenientes (MCKELLAR et al., 2009).

Segundo HANNULA [et al.], destacam-se cinco intervenções durante a fase da gravidez e estas são referidas por outros estudos (REEVE et al., 2004) (LAVENDER et al., 2005). Intervenções educacionais, visitas domiciliárias e consultas telefónicas por parte dos profissionais de saúde, visita da mãe e do lactente à clínica/maternidade/hospital, vídeos e material escrito (folhetos, guias informativos). É importante realçar que, este estudo, bem como a maioria dos estudos analisados, apoiam que a combinação de intervenções se revelou mais eficaz do que o uso de intervenções isoladas (HANNULA et al., 2008).

Durante o período de internamento hospitalar, e logo após ao parto, é possível enumerar as intervenções: aconselhamento individual por parte do EEESMO, contacto face-a-face precoce e incentivo do alojamento conjunto (HANNULA et al., 2008).

O período em que existe mais abandono ao AM é no pós-parto. Segundo Primo [et al.], foram identificadas 54 intervenções essenciais à promoção do AM. Este estudo defende ainda que as intervenções de enfermagem enumeradas podem ser adotadas pelo EEESMO em âmbito hospitalar, mas também nos cuidados primários de saúde, a fim de fundamentar o cuidado em enfermagem e promover a saúde da mulher e da criança (PRIMO et al., 2013). A tabela 7 enumera as intervenções que o EEESMO deve aplicar para a promoção do AM, após a alta hospitalar.

TABELA 6: Intervenções de enfermagem: amamentação após seis meses de vida.

Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a amamentação ▪ Avaliar as mamas da mãe ▪ Avaliar a lactação ▪ Avaliar a interação entre a mãe e bebé ▪ Avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança ▪ Avaliar o crescimento da criança; ▪ Avaliar posição da mãe e do bebé durante a amamentação; ▪ Avaliar os horários da amamentação; ▪ Avaliar os alimentos complementares;

- Aconselhar a mãe em suas inseguranças;
- Apoiar a mãe na amamentação;
- Conversar com a família sobre as vantagens da amamentação até os dois anos da criança;
- Demonstrar como massagear as mamas;
- Demonstrar como extrair o leite;
- Elogiar a mãe por seus esforços;
- Encorajar a mãe a não interromper a amamentação;
- Encorajar a família a apoiar a mãe na amamentação;
- Encorajar a mãe à verbalização de anseios e dúvidas sobre a amamentação;
- Encorajar a mãe a evitar o uso de álcool e de tabaco durante a lactação;
- Encorajar a mãe a repousar;
- Ensinar sobre o armazenamento do leite;
- Ensinar sobre o aquecimento do leite;
- Ensinar a mãe a ter uma dieta balanceada durante a lactação;
- Explicar à mãe que o volume de leite produzido é proporcional ao esvaziamento das mamas;
- Explicar a importância da amamentação até os 2 anos de vida da criança;
- Explicar a importância de oferecer o leite ordenhado à criança no copinho ou na colher;
- Explicar que a partir dos 6 meses é necessária a complementação da amamentação;
- Explicar que a alimentação complementar não substitui a amamentação;
- Explicar os benefícios da interação mãe e filho durante a amamentação;
- Explicar à mãe os sinais de fome e saciedade da criança;
- Extrair o leite quando mamas muito cheias;
- Identificar as intercorrências da amamentação;
- Instruir sobre como extrair o leite;
- Instruir como massagear as mamas;
- Instruir a mãe a amamentar com conforto e privacidade;
- Massagear as mamas sempre que necessário;
- Motivar a manutenção da amamentação após a introdução dos alimentos complementares;
- Motivar a mãe a amamentação em vários períodos, inclusive à noite
- Motivar a mãe a manutenção da amamentação após o retorno ao local de trabalho;
- Motivar a mãe a massagear as mamas antes da amamentação e quando estiverem muito cheias;
- Motivar a mãe a extrair o leite quando mamas muito cheias;
- Motivar a mãe a usar sutiã de algodão, confortável e próprio para a amamentação;
- Oferecer o leite ordenhado à criança no copinho ou na colher;
- Ouvir atentamente a mãe sobre dificuldades e dúvidas na amamentação;
- Ouvir queixas da mãe;
- Reforçar o cuidado com as mamas;
- Reforçar o cuidado com os mamilos;
- Reforçar sobre as vantagens da amamentação;
- Reforçar orientações sobre os prejuízos da utilização de bicos artificiais;
- Reforçar orientação sobre como fazer o bebê eructar;
- Reforçar orientações sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a lactação;
- Reforçar a importância do vínculo entre mãe e bebê para o desenvolvimento infantil;
- **Supervisionar a mãe a extrair o leite;**
- **Supervisionar a massagem nas mamas.**

FONTE: (Primo et al., 2013), *Intervenções de Enfermagem na amamentação após seis meses.*

3.5.2. Intervenções na Promoção do AM em Grupo

O ambiente hospitalar, familiar e amigos, o grupo profissional e a comunidade onde está inserida, constituem o nível em grupo. As práticas implementadas pelos hospitais podem assegurar que as condições imediatamente após o parto e durante a estadia potencializem a intenção de amamentar. A formação do EEESMO é canalizada para as mães, que devem receber consistente, útil e relevante informação e conselhos sobre a prática e dificuldades do AM. A provisão de, e referência a constante apoio dos profissionais de saúde, quando bem coordenando com os serviços de saúde disponíveis, devem ser objetivos do hospital e do sistema de saúde de cuidados primários, e são diretamente responsáveis pela manutenção do AM por um período mais longo (HECTOR; KING, 2008).

Após a alta as mães necessitam de apoio constante para que seja possível manter o AM exclusivo (AEM) durante vários meses. Construir um ambiente no lar e familiar que apoie o AM exclusivo pode requerer estratégias como aumentar o apoio apropriado (apoio familiar do companheiro, mãe e avó) e fortalecer as competências, bem como implementar e informar de maior proteção legal (como a lei de proteção na parentalidade) (REMPEL; MOORE, 2012).

Os estudos aprofundados sobre o apoio de pares na promoção do AM são ainda escassos. As perspectivas dos pares, mães e profissionais de saúde devem ser investigadas extensivamente para compreender a sua eficácia. No entanto, a utilização deste tipo de intervenção tem ganho popularidade pela Europa (BRITTEN et al., 2006).

O apoio de pares pode ser definido como um apoio sistemático entre duas pessoas ou um grupo. Os participantes são vistos como iguais entre si. Eles atuam como apoiantes, ou recebem apoio. Um par que apoia o AM é uma pessoa que auxilia no AM, sem ser os profissionais de saúde.

Mães que iniciam a amamentação receberam apoio deste tipo durante o parto têm maior probabilidade de iniciar o AM e estão mais satisfeitas com o cuidado que receberam durante a sua estadia no hospital do que as do grupo de controlo (CAMPBELL et al., 2007). É importante compreender que o apoio de pares pode ser feito pelo companheiro, pela mãe, avó, amigos/as, ou até outras mulheres a amamentar.

As mães precisam de apoio, e se o apoio do EEESMO não estiver disponível, os pares podem oferecer uma alternativa. Cabe assim ao EEESMO avaliar a possível

existência deste tipo de apoio, promovendo o conhecimento e experiência dos pares, ensinando, pelo menos com o uso de materiais comuns na sua educação (KAUNONEN et al., 2012). De acordo com KAUNONEN [et al.], apenas o apoio contínuo fornece resultados eficazes. Este apoio deve começar durante a gravidez, continuando no hospital e ainda durante o período pós-parto. Diferentes tipos de intervenções durante as diferentes fases da maternidade são necessários. O EEESMO e os pares têm diferentes papéis, e numa situação hipotética ideal, eles devem ser capazes de promover uma cadeia de apoio contínuo à mãe (KAUNONEN et al., 2012).

As mães identificam o profissional de saúde como um apoio e cujas intervenções são importantes neste processo. No entanto, segundo LAVENDER [et al.], o apoio físico e emocional da família e do companheiro é um fator vital no sucesso do AM (LAVENDER et al., 2005).

O EEESMO é responsável por proporcionar informação pertinente, atual, relevante, cientificamente comprovada, em linguagem acessível, respeitando e apoiando sempre as decisões da mulher. Igualmente importante é entender e relacionar-se com a rede de apoio social (MARQUES et al., 2010; e GRAÇA et al., 2011).

Existem estudos que defendem a implementação de um modelo de cuidar em enfermagem, junto da mulher em período de amamentação, e junto da(s) sua(s) avó(s), não só na promoção do AM, mas também no apoio do mesmo, nomeadamente em contexto familiar. O modelo de cuidar em enfermagem é uma actividade interactiva, intelectual, deliberada, flexível na qual a prática de enfermagem é implementada de forma sistemática e ordenada, melhorando o cuidado prestado, baseando-se na forma de viver o dia-a-dia destas mães e avós (TEIXEIRA e NITSCHKE, 2008).

O plano nacional de saúde desenvolve atualmente esforços no sentido de realizar um maior número de abordagens à saúde das populações, nomeadamente aquelas que visam a promoção da saúde no contexto comunitário (NAKANO et al., 2007). No âmbito do AM, é necessário ultrapassar a díade mãe-bebé e tornar o alvo mais abrangente, incluindo o pai e o resto da família (PINTO, 2008).

A família na concepção tradicional é composta por pais e filhos. Na verdade, ela devia também incluir parentes e/ou indivíduos que residem próximos (tios,

cunhados, amigos, etc.) falando-se assim no conceito *família* extensiva (MACHADO, 2005). A família interfere significativamente na alimentação do bebê, apoiando ou não a mulher na decisão de amamentar. O EEESMO deve estabelecer juntamente com a família quem e quais são as prioridades (NAKANO et al., 2007).

As intervenções que permitem a mulher combine o seu emprego com o AM são cruciais. Meio ambiente positivo no emprego inclui a presença de espaços físicos que permitam às mães amamentar, ou então armazenar o leite para mais tarde amamentar (inclui espaços privados e refrigeração).

Práticas flexíveis no emprego, como por exemplo a ausência para as horas de amamentação, devem ser cada vez mais implementadas, respeitando assim a lei. O EEESMO deve ser conhecedor desta lei, esclarecendo assim a mãe sobre quais os seus benefícios e regalias, e qual a proteção que a legalidade lhe dá para manter o AM (POLIDO et al., 2011).

Não só nos ambientes mais conhecidos pela mãe, mas também em comunidade devem existir estruturas próprias para que a mãe possa amamentar o seu bebê. O EEESMO deve saber explicar à mãe como se deve comportar e o que é essencial nas saídas, quando se desloca a meios públicos, de forma a que esta não fique condicionada no que diz respeito à sua vida e atividade normal (ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2002).

São exemplos de intervenções no nível em grupo: praticar o alojamento em conjunto e incentivar a livre demanda de mamada, início precoce do contacto pele-a-pele entre mãe e RN, a não permissão de entrega de amostras comerciais de substitutos do leite e o desincentivo do uso de chupetas e biberões. Também neste nível o incentivo no apoio dos pares revelou-se eficaz. Inclui-se ainda nas intervenções o fornecimento de bombas de extração de leite para serem utilizadas no emprego, por exemplo (DICKENS, 2008 e DYNAMED, 2013).

O uso de chupetas, tetinas ou biberões deve ser evitado, explicando às mães e familiares a interferência que este tipo de objetos pode ter no estabelecimento da lactação. A alternância entre o estímulo natural (mama da mãe) e artificial (bico de borracha) confunde a resposta oral do RN, pois sugar do bico de borracha exige menos esforço. Consequentemente os músculos da face enfraquecem e o RN vai perdendo o desejo do seio, originando uma quebra da produção de leite (OMS, 1989) (MAIA, 2008).

3.5.3. Intervenções na Promoção do AM a Nível Social

Por fim, o nível social é aquele que se afasta um pouco das competências do EEESMO inclui reformas a nível social e no sistema de saúde. Exemplos de intervenções a este nível são: campanhas de marketing (folhetos, anúncios nos *media*) protagonizado por EEESMO, aulas de formação incluídas no plano curricular, ou palestras pontuais sobre sexualidade e assuntos relacionados.

Em diversos estudos, a taxa de iniciação de amamentação ronda os 90%, sendo assim possível considerar adequadas as intervenções do EEESMO no período do estabelecimento da lactação, que ocorre durante o internamento na maternidade. O apoio do EEESMO é crucial para ajudar as mães nas suas dificuldades identificadas, no cuidar do RN e no início precoce do AM. O grande desafio para a mãe, profissionais de saúde e outros relacionados é a manutenção da amamentação, especialmente nos primeiros seis meses de vida da criança, uma vez que a prevalência de AM aos 6 meses ronda os 35% mundialmente (CERON et al., 2012).

Para que seja possível atingir as recomendações da OMS, UNICEF e Ministério da Saúde, novas estratégias devem ser pensadas, especialmente se considerarmos que o padrão alimentar adotado pela mãe, expressa-se na curva de sobrevivência da criança (WHO, 2007).

A queda abrupta das taxas de AM observadas nos primeiros 15 meses de vida da criança sinalizam este período como um momento potencialmente crítico para a continuidade da amamentação. Diversas estratégias têm sido desenvolvidas ao longo dos últimos 25 anos por organismos nacionais e internacionais. A iniciativa *Baby Friendly Hospital*, em conjunto com as suas 10 orientações, foi sem dúvida um dos mais eficazes programas implementados (COUTINHO et al., 2005) (CERON et al., 2012).

Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de saúde é o primeiro passo. Dadas as características da forma de trabalhar dos EEESMO nas principais unidades e maternidades nacionais, como a rotatividade e troca de turnos, é importante que a informação fornecida em todo o serviço esteja escrita, como uma *guideline* interna, permitindo aos novos profissionais fácil integração e facilidade na sua consulta assim que surjam dúvidas (MAIA, 2008). Segundo os resultados do estudo de MARTIN-IGLESIAS, a criação de *guidelines* para a prática é extremamente útil na formação do EEESMO e um suporte para a tomada de decisões durante as consultas. Toda a equipa de cuidados de saúde, deve estar capacitada para a implementação desta norma (MARTIN-IGLESIAS, 2011).

Não existem estudos que identifiquem efeitos nocivos das intervenções de enfermagem na promoção do AM. Os efeitos das intervenções são maioritariamente positivos (CHUNG et al., 2008).

3.6. Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura

A importância do correto AM é já reconhecida em todo Mundo. A OMS e a UNICEF têm realizado esforços contínuos no sentido de melhorar os conhecimentos e suporte a todos os intervenientes. Enquanto EEESMO é minha competência informar e orientar a mulher a amamentar para as corretas práticas, no sentido de tornar toda esta etapa não só para si, mas também para o seu bebé, prazerosa e consequentemente benéfica para a saúde de ambos.

A literatura sobre o AM é vasta, mas muito divergente. Não são abordados diretamente os pontos essenciais, sendo por isso necessário procurar cada ponto individualmente. São, no entanto, referências atuais, pois o AM tem-se revelado um assunto cada vez mais abordado pela sociedade, devido à procura de cuidados de saúde primários: a prevenção.

O AM tem sido objeto de múltiplos estudos, de diversas áreas do conhecimento, procurando dar resposta à diversidade de problemas. Estuda-se a incidência, prevalência e duração, fatores determinantes e adesão, efeitos na saúde da mulher, da criança e dos adultos, eficácia das intervenções dos profissionais, grupos de pares, políticas, etc., permitindo que a investigação origine orientações sobre as melhores práticas (GRAÇA et al., 2011).

A revisão da literatura identificou que é crucial o EEESMO ser conhecedor do AM, dos seus benefícios, contra-indicações, técnicas e ainda sobre o processo de lactação. É também crucial ser conhecedor das intervenções encontradas com este estudo, saber aplicá-las e transmiti-las aos colegas. Tendo por base a questão orientadora deste trabalho de investigação, “Quais as intervenções do EEESMO que devem ser desenvolvidas para garantirem o aleitamento materno eficaz?”, foi possível identificar que estas são essencialmente acompanhar, informar e sinalizar as situações em que a grávida/família manifesta dúvidas ou insegurança no processo do AM.

O que pode então o EEESMO fazer? Especializar-se no tema AM, aprendendo os benefícios, contra-indicações, técnicas e lactação. Deve ser conhecedor da iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés” e os seus dez mandamentos essenciais, deve fornecer apoio emocional e educação na amamentação antes, durante e após o parto. Encorajar o AM nos primeiros 30 minutos de vida do RN e promover o contacto pele-a-pele, evitar o uso de suplementos, chupetas e biberões são também intervenções muito importantes, essencialmente durante o parto. Enumerar à mãe os benefícios do AM, identificar possíveis dificuldades e barreiras, responder a todas as questões e dúvidas, bem como ser sensível aos aspetos culturais são competências inerentes ao EEESMO. Fornecer panfletos e folhetos informativos, realizar visitas domiciliárias e consultas telefónicas quando possível, são as mais relevantes intervenções tanto a nível individual, quanto em grupo.

O incentivo da continuidade do AM exclusivo de acordo com as regras da UNICEF e da OMS é também essencial nas intervenções/competências do EEESMO. Enunciar os benefícios do AM tanto para a mãe como para o RN têm revelado incentivar a adesão. A utilização de diversas estratégias, como a consulta individual, curso de preparação para o parto, visita domiciliária e consulta telefónica, são intervenções decisivas na duração do AM. Os profissionais de saúde que contactam com este período especificamente, devem ser dotados de formação

contínua e especializada, de forma a promover o melhor cuidado em saúde. Devem ainda ser criadas *guidelines*/normas para orientar estes mesmos profissionais.

A tabela 7 procurou sintetizar os níveis e respetivas intervenções de enfermagem na promoção do AM eficaz.

TABELA 7: Intervenções de enfermagem para promover e apoiar o AM eficaz: síntese de uma revisão integrativa.

Intervenções de Enfermagem para Promover e Apoiar o AM
<p>EDUCAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As intervenções educacionais são eficazes no aumento do AM, mas apenas na iniciação e amamentação a curto prazo; ▪ O conteúdo das intervenções educacionais deve ser: benefícios do AM, princípios da lactação, mitos, problemas comuns e soluções, e prática de competências; ▪ O formato de intervenções educacionais mais eficaz é o de contacto pessoal, ou apenas em pequenos grupos num ambiente informal, ou posteriormente em visitas domiciliárias e consultas telefónicas; ▪ Intervenções que sejam contínuas, desde a gravidez até ao período pós-parto, são mais eficazes do que intervenções a curto prazo.
<p>APOIO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ É eficaz na duração a longo prazo e exclusividade do AM; ▪ Particularmente eficaz em situações onde existem altas taxas de iniciação precoce; ▪ Deve incluir o contacto face-a-face; ▪ O apoio dos pares aumenta tanto as taxas de início da amamentação como a duração do AM; ▪ O apoio pós-parto é só por si, responsável pelo aumento da duração do AM.
<p>PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A existência de <i>guidelines</i> é benéfica para a prestação de cuidados e sucesso do AM; ▪ O contato precoce entre mãe e bebé, alojamento conjunto, não utilizar complementos do leite, nem chupetas e biberões são intervenções essenciais a nível hospitalar; ▪ Cursos de formação ministrados por entidades como a WHO ou UNICEF, aumentam a probabilidade de sucesso do AM exclusivo em 30%.

INTERVENÇÕES MULTIFACETADAS

- As intervenções multifacetadas e combinadas mostraram ser eficazes na promoção do AM eficaz;
- Ainda não existe um “pacote” ideal de intervenções combinadas. Todos os factores devem ser ponderados, de acordo com a mãe e a sua intenção em amamentar. Sabe-se no entanto que a utilização de duas ou mais intervenções combinadas tem mais probabilidade de aumentar o AM exclusivo, de quando utilizadas isoladamente.

O contributo do estudo para a formação e prática de enfermagem sustenta-se no significado do que é a disciplina, nos modelos teóricos, que a orientam e na responsabilidade social com a intervenção, sendo papel das instituições de ensino formar para a excelência do cuidar. O EEESMO, no âmbito das suas intervenções autónomas, espera-se que planeiem, executem e avaliem os cuidados de forma a contribuírem para mais e melhor saúde (GRAÇA et al., 2011).

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PERCURSO DE ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Após várias etapas que englobaram pesquisa, estudo, persistência e dedicação, chega a hora de refletir sobre o percurso de estágio analisando as intervenções realizadas ao longo do estágio profissionalizante e as estratégias desenvolvidas para a aquisição das competências enumeradas pela OE, dentro das várias áreas da Saúde Materna e Obstétrica, para consolidação das mesmas.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes: os atores, os saberes e o contexto. Sendo que, os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva (SERRANO, 2011). Deste modo, a realização de uma crítica reflexiva das atividades desenvolvidas nos vários serviços ao longo do estágio demonstrou-se essencial à compreensão do referido percurso.

Este relatório estrutura-se em duas partes principais a primeira diz respeito ao percurso que se iniciou no serviço de puerpério (pós-parto e transição para a parentalidade), Serviço de Cuidados Especiais (Gravidez com complicações) e finalmente Trabalho de Parto e Parto no núcleo de partos da MJD.

Ao longo da passagem por cada serviço foi possível contatar com uma panóplia de situações que tornou toda esta experiência profunda, intensa mas gratificante e de enorme crescimento pessoal e profissional. De acordo com a American Nurses Association (1998), o enfermeiro especialista é o enfermeiro que através do estudo e prática supervisionada ao nível de um mestrado ou doutoramento, adquiriu mestria em determinada área do conhecimento e práxis, numa área clínica de enfermagem.

A enfermagem avançada que pretende acrescentar enfermagem à enfermagem apresenta-se essencialmente como uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática (que se centra no cliente/família), assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento disciplinar, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança; de forma a expandir o conhecimento disciplinar e aplica-lo na prática, demonstrando através de indicadores fiáveis, resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

BENNER (2001) demonstrou com a sua investigação, a importância da diferenciação de competências, assumindo a prática como algo potenciador do conhecimento, sendo exigível aos profissionais motivação e competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando assim, capacidade de resposta a situações vastas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as suas práticas.

Deste modo, foi possível desenvolver e adquirir competências na arte do saber fazer, assentando na teoria e ciências biomédicas, no entanto, a intervenção autónoma esteve sempre manifestamente presente tendo em conta teorias de enfermagem, como a de MELEIS.

O fato de ser detentor de conhecimentos científicos anteriores ao contexto de estágio profissionalizante é alicerce, no entanto, é necessário que o EEESMO seja capaz de perceber a necessidade de uma maior abrangência o que confere à enfermagem uma profissão única.

Assim, foi tido em consideração um vasto leque de áreas nomeadamente, ciências médicas, antropologia, psicologia e educação social entre outras, que são essenciais no processo de desenvolvimento e de aquisição das competências.

Para que desta experiência resulte uma aprendizagem, o processo mediador com três intervenientes é fundamental: estudante, docente e profissionais da prática. Neste processo, cada um desempenha diferentes papéis, tendo todos um objetivo na organização e reflexão da prática (SIMÕES et al., 2006).

No contexto da formação clínica, *“o tutor é um profissional experiente, geralmente mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando”* (ABREU, 2007, p. 214). O tutor apresenta-se, aos olhos do estudante como um

modelo a seguir e tem um papel crucial na construção da sua identidade e do seu saber profissional. Como orientador da prática clínica, deverá mostrar competências adequadas à função que desempenha, além de proporcionar ao estudante momentos de formação capazes de desenvolver “*competências técnicas e sócio-relacionais sustentadas por uma flexibilidade crítica*” (MARQUES, 2010, p. 44). SILVA (2012) refere que é frequente a enfermeira na sua prática clínica deparar-se com situações que requerem ações e decisões para as quais não há resposta científica.

Nesta linha de pensamento, RUAS (2009) refere no seu estudo que o enfermeiro no seu percurso vai desenvolvendo competências e aprendendo a gerir em cada momento a imprevisibilidade e complexidade de cada situação que decorre do contexto clínico, dando resposta a este tipo de situações.

O vasto âmbito da enfermagem exige que os enfermeiros usem na sua prática clínica conhecimentos de diferentes fontes de saberes, incluindo o empírico, o ético, o pessoal e os componentes estéticos. A prática foi sempre pautada pelo código deontológico visando uma atuação de excelência nas várias áreas de atuação da saúde materna e obstétrica.

Por outro lado, o papel do tutor como conhecedor do contexto clínico e da dinâmica organizacional, facilitou e apoiou a integração no contexto clínico e no contexto organizacional. Assim, como o fato de ter passado por três serviços distintos nas suas particularidades mas que denotaram uma linha orientadora comum devido a ser a mesma instituição.

Conforme preconizado pelo Conselho Europeu e pela OE, foram cumpridos os requisitos para a obtenção do título de Enfermeira Especialista após a conclusão do estágio, pelo que se considera terem sido adquiridas as competências exigidas. Para além das referidas competências, apresenta-se no Anexo III o mapa do número de partos realizados e participados para dar resposta à diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que regulamenta o reconhecimento das qualificações profissionais da Parteira.

Deste modo, considero que o contexto clínico permitiu a recontextualização dos saberes, promovendo a atualização dos mesmos tendo como elemento fulcral a pesquisa de evidência científica mais atual.

A MJD enquanto Hospital focalizado nas mulheres e recém-nascidos, permitiu um vasto contato com mulheres das mais variadas classes sociais, crenças religiosas e patologias que me permitiram enriquecer a minha vertente humana de cuidar.

Relativamente aos profissionais da instituição estes garantiram a natural integração e permitiram aprimorar as minhas competências a nível de trabalho interdisciplinar. Conforme o REPE, as intervenções interdependentes são ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação, previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE; REPE 2012).

Deste modo, salvaguarda-se que Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

A transição na parentalidade é o processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (MELEIS et al., 2000). O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de uma transição próspera, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (MARTINS, 2008).

De acordo com LOWDERMILK (2008), a família e o seu contexto cultural desempenham importante papel na definição do trabalho do EEESMO. É deste modo, indispensável que o EEESMO se torne culturalmente competente para poder proporcionar o cuidado mais eficiente possível. Do mesmo modo, o comportamento de busca de cuidados para a família e o relacionamento com os profissionais de saúde são influenciados por crenças de saúde e valores culturalmente

relacionados. Assim, a atuação baseou-se no principal objetivo de respeito pela individualidade visando elevar a autonomia e bem-estar da família.

Para a instituição, consideramos que de facto a passagem pelos diferentes serviços é reciprocamente vantajosa, pois a contínua necessidade de prática baseada na evidência para a recontextualização dos saberes permitiu perceber as competências/intervenções do EEESMO na promoção do aleitamento materno, que nem sempre se mostraram concordantes entre os diferentes enfermeiros especialistas no momento da educação para a saúde. Assim, a segunda parte do relatório centrou-se nas intervenções realizadas pelo EEESMO na promoção do aleitamento materno.

O capítulo 3.3 do presente trabalho apresenta os resultados dos mais relevantes artigos sobre esta temática. A revisão integrativa da literatura permite afirmar que existem evidências que apoiam que a intervenção do EEESMO que se inicia no pré-natal e que se prolonga até ao pós-parto (puerpério) tem efeitos significativos no sucesso do AM. Revelou ainda que a utilização de diversas estratégias, como a consulta individual, curso de preparação para o parto, visita domiciliária e consulta telefónica, são fatores decisivos na duração do AM. A transmissão de conhecimentos baseia-se na realização de ensinamentos e instrução para a prática. O conhecimento e experiência do EEESMO nos ensinamentos/intervenções no AM são cruciais em todo este processo.

Existem oportunidades preferenciais para a realização das intervenções, nomeadamente o 3º trimestre da gravidez e o estabelecimento da lactação. A literatura revelou que é nestes momentos que existe mais consciencialização por parte da mãe, e nos quais ela está mais receptiva à nova informação. Foi também possível concluir que a intenção de amamentar antes do parto é o mais forte fator preditor do comportamento alimentar da criança.

O EEESMO conhecedor dos fatores de sucesso/desistência na amamentação, e quais as estratégias a implementar, aumenta significativamente a probabilidade de sucesso da continuidade do AM exclusivo até uma fase mais tardia.

Existem ainda algumas dificuldades na ação do EEESMO na promoção do AM, que se prende essencialmente à não existência de normas/guidelines estabelecidas, que facilitem a tomada de decisões durante as consultas.

Os vários enunciados inerentes à obtenção do estatuto “Hospital Amigo dos Bebés” visa garantir um aconselhamento e apoio contínuo por parte da EEESMO, o que permite uma redução significativa do número de crianças que recebem substitutos do leite materno, ou pelo menos permitem o atraso na sua introdução, após esgotadas todas as possibilidades de promoção e sucesso do AM eficaz.

A título conclusivo, depreende-se que o papel do EEESMO é fundamental no ensino e acompanhamento da mulher e família durante todo o processo da amamentação. É extremamente importante garantir uma prática fundamentada e coerente entre todos os profissionais para que o referido acompanhamento permita o sucesso e não o abandono do AM.

Hector e King, através do seu estudo, foram os primeiros a descrever a possível categorização das intervenções do EEESMO em 3 níveis: nível individual, nível em grupo e nível social. Estes três tipos de intervenções são congruentes com as cinco áreas de promoção de saúde pública implementados nesta área (HECTOR; KING, 2008). Assim, foi possível enumerar as várias intervenções de acordo com os níveis supra referidos, o que promove a orientação do EEESMO na sua prática. No entanto, mais estudos devem ser realizados, por forma a criar guidelines capazes de tornar a prática do EEESMO congruente, uniforme e que lhes permite ser identificado como o profissional de saúde eleito ao acompanhamento nomeadamente no processo de amamentação eficaz.

Deste modo, consideram-se obtidas as competências preconizadas pelas entidades reguladoras o que elevou a motivação e a prática garantindo a excelência da prática dos cuidados especializados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Uma vez terminado todo este percurso, elaborou-se um relatório tendo por base as experiências vivenciadas ao longo do estágio profissionalizante. Desenvolveu-se uma prática, não só com o auxílio do conhecimento prévio, mas também com a recontextualização dos saberes baseados na evidência mais atual e o relevante papel dos diferentes tutores que nos acompanharam. Assim foi possível atingir os objetivos

A incorporação crescente do enfermeiro na assistência obstétrica constitui uma das estratégias para a implantação de um atendimento humanizado livre de intervenções desnecessárias, preservando-se a autonomia da mulher durante o parto e nascimento.

Apesar de diversas dificuldades, nomeadamente a conciliação do fator pessoal com as exigências deste processo, sentimos que a nossa atuação de uma forma proactiva permitiu ultrapassar todos os obstáculos e chegar à meta final. Conseguimos, agora, identificar as etapas essenciais para o sucesso deste término: Os conhecimentos prévios e a sua recontextualização, as experiências, a prática, a busca incessante do conhecimento científico mais atualizado e a motivação constante, resultaram no que esperamos vir a ser! Um profissional de saúde de excelência, cujos objetivos principais são o cuidar da mulher e do RN.

Ao longo do decorrer do estágio profissionalizante, foi possível garantir à mulher, inserida na família e comunidade, vivenciar situações de saúde/doença desde o período pré-natal, passando pelo trabalho de parte e terminando no período pós-parto (REPE, 2010).

Com o intuito de garantir a atuação supramencionada procedeu-se à conceção, planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de programas, projetos e intervenções. Toda esta panóplia de intervenções, promoveram uma atuação responsável que garantiu a deteção precoce de situações de risco, assegurando a implementação de intervenções de emergência adequadas, inerentes à autonomia da EEESMO. Contudo, a atualização e busca por evidência atual, e com comprovados resultados positivos, garantiu a prática fundamentada visualizando a mulher como um todo, no processo de cuidar nas várias vertentes da saúde materna e obstétrica. A atuação na promoção do AM eficaz é preocupação comum entre mulheres/família e EEESMO, logo a relevância da atuação adequada, coerente e transversal a todos os EEESMO.

A revisão integrativa da literatura efetuada numa área de interesse (nomeadamente o AM), assegurou não só a problematização de competências inerentes a esta área, mas garantiu, também, a prestação de cuidados especializados através de competências baseadas em evidências científicas.

A relevância deste estudo é pautada pela importância do contributo que o processo de enfermagem elaborado pelos enfermeiros especialistas podem dar para a qualidade de vida das mulheres e das suas famílias.

As principais ilações a retirar da revisão integrativa da literatura são que o EEESMO tem um papel fundamental no incentivo, na promoção e no prolongamento do AM até ao momento ideal. O EEESMO tem que integrar na sua prática educação para a saúde, baseada nas indicações dos artigos mais consensuais, com maior nível de evidência, para exponenciar os ganhos em saúde e o sucesso do AM eficaz.

São vários os pontos-chave identificados nos resultados da revisão integrativa efetuada, nomeadamente a organização das intervenções de enfermagem do EEESMO para o sucesso do AM eficaz através de três níveis: individual, grupo e social. Esta organização denota os primeiros passos para a criação de guidelines nesta área capazes de atingir o pretendido. Não mais uma prática de intervenções “soltas” mas sim uma prática organizada e congruente mediante os níveis supra mencionados.

A revisão integrativa permitiu ir mais além do que os aspetos teóricos relacionados com a temática, agrupando as intervenções e revelou a necessidade da contínua pesquisa e enalteceu o papel específico do EEESMO no AM eficaz.

Assim, procedeu-se à elaboração de uma *check-list* que foi útil como guia orientador do EEESMO, nomeadamente no momento da alta hospitalar, onde seria possível verificar se todos os ponto-chave tinham sido abordados com as mulheres/família, garantindo assim uma transição para a parentalidade e promoção do AM eficaz.

Existem ainda discrepâncias na transmissão de informação à mulher/família por parte do EEESMO. Esta atuação pode funcionar como despoletador de abandono/insucesso da AM, pela falta de coerência entre os profissionais de saúde.

É importante reforçar a comunicação e interação entre os hospitais/maternidades e os centros de cuidados primários, como os centros de saúde, de forma a garantir a continuidade dos ensinamentos previamente adquiridos.

O investimento na formação profissional é importante, pois está comprovado pela literatura que este se traduz em melhores práticas e mais ganhos em saúde.

Findo este trajeto consideram-se atingidos os objetivos delineados para este estágio profissionalizante, indo de encontro aos objetivos previamente delineados.

Completo este capítulo, com consciência da relevância do percurso realizado para aprimorar as minhas competências que se tornaram bagagem indispensável para a prestação de cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família no processo da maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADE, L. [et al.] – **Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação.** Mealhada: Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto, Corrente Dinâmica, 2010. [Consult. 12 Dez. 2013]. Disponível na Internet: «URL:<http://www.correntedinamica.com>». ISBN 978-989-966-17-0-7;

ABREU, WC - **Formação e aprendizagem em contexto clínico.** Coimbra: Formasau. 2007. ISBN – 9789728485870;

AKSU, H; KUÇUK, M; DUZGUN G - The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine [Em linha]. Vol. 24, n.º2 (2011), p. 354-361 [Consult. 18 Dez 2013]. Disponível internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20608806> >;

ALMEIDA, A; AGRO, J – Estreptococo hemolítico do grupo B: Protocolo de Rastreio e Prevenção de Doença Perinatal. Consensos em Neonatologia. [Em linha] Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2004). [Consult. 13 Nov 2013]. Disponível na Internet: URL <<http://www.aveiromar.com/rnmbp/grupos/armazémcomum/files/consensos.pdf>>;

ALMEIDA, EA; FILHO, JM – O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Rev. Ciênc. Méd [Em linha]. Vol. 13, nº4 (2004), p. 381-388. [Consult. 13 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL:<http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>>;

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG Committee Opinion No. 342: Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. [Em linha]. Vol.108, nº2 (2006) p. 465-6. [Consult. 18 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16880321>>;

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists - Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol. [Em linha]. Vol.114, nº2 (2009) p. 386-97. [Consult. 13 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL: <http://www.pqcn.org/documents/sivbdoc/sivbeb/2ACOG2009PracticeBulletin107InductionofLabor.pdf>>;

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion Number 228: Induction of labor with misoprostol. Int J Gynecol Obstet. Vol.69 (2002) p. 77-8;

AMORIM, M. [et al.] - *Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências* Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.32 no.9 Rio de Janeiro Sept. (2010);

ANIM-SOMUAH M; SMYTH R; HOWELL C. – Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus. [Em linha]. Nº4 (2008). [Consult. 14 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL:<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000331>>;

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – **Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso**. Federación de Asociaciones de Matronas de España, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Lisboa: Lusociência, 2009. ISBN – 978-972-8930-49-3;

ARS NORTE – *Medidas para reduzir à taxa de cesarianas na região norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS NORTE, L.P. 2010;

BARROS, SMO - **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006; ISBN – 8520422063;

BECK, D [et al.] - *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Save the Children Federation, 2004 Washington, EUA;

BENNER, P - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN - 972-8535-97-X;

BLACK, R; ALLEN, L – Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. [Em linha]. Vol.371, nº9608 (2008) p. 243-260. [Consult. 14 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61690-0/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61690-0/)>;

BOBAK, IM; LOWDERMILK, DL; JENSEN, MD – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6;

BRANDÃO, S - *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar de Universidade do Porto. 2009. Tese de Mestrado;

BRITTEN, J; HODDINOTT, P; MCINNES, R - Breastfeeding peer support: health service programmes in Scotland. British Journal of Midwifery. [Em linha]. Vol.14 (2006) p.12–18. [Consult. 20 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL:<https://dspace.stir.ac.uk/handle/1893/12987>>;

BRUGGEMAN, O - *O Apoio à Mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: Abordagem quantitativa e qualitativa*. Brasil: Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2005. Tese de Pós-Graduação;

BRUMUND TT, WHITE CB - An update of group B Streptococcal infection in the newborn: prevention, evaluation and treatment. Pediatr Ann Vol. 27 (1998) p. 495-501;

BURNS, N et al. - **Understanding nursing research : building an evidence-based practice** (2011) Maryland Heights, 3rd edition; Elsevier/Saunders; ISBN – 9781437707502;

CAI, X [et al.] - Global trends in exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J [Em linha]. Vol. 7, nº1 (2012) p.12; [Consult. 1 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23020813>>;

CAMPBELL D [et al.] - Female relatives or friends trained as labor doulas: outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. Birth. [Em linha]. Vol. 34 (2007) p. 220–227. [Consult. 7 Dez. 2013] Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17718872>>;

CAPLE, C. Amniotomy: Assinting with Nursing Practice & Skill . February 10, (2013);

CARAVACA, E [et al.] – Hidratación y alimentación durante el trabalho de parto: Revisión de la evidencia científica. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. Vol. 10, nº1 (2009) p. 10-13;

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. – Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. [Em linha]. Vol.4 (2008). [Consult. 15 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB000081-ES.htm>>;

CARROLI, G; MIGNINI, L. - Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library. [Em linha]. Vol. 10 (2009) [Consult. 18 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>>;

CERON, D [et al.] - Efeito das ações de promoção do aleitamento na duração da amamentação em duas filiações maternas. Rev. Eletr. Enf. [Em linha]. Vol. 14, nº2 (2012) p. 345-54. [Consult. 23 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a15.htm>>;

CHUNG, M [et al.] - Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. [Em linha]. Vol. 149 (2008) p. 565-582. [Consult. 28 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18936504>>;

COLE D, BERNSTEIN PS - An update on perinatal group B streptococcal disease. OB/Gyn Women's Health [Em linha] Vol. 7, nº2 (2002) [Consult. 28 Nov 2013] Disponível em: <URL: <http://www.medscape.com>>;

COMITÉ de Estudios Fetoneonatales - Hipoglucemia en el recién nacido de riesgo. Arch.argent.pediatr. [Em linha] Vol. 100, nº5 (2002). [Consult. 13 Nov 2013] Disponível em: <URL:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007306.htm>>;

COSTA, MF - **Dicionário de termos médicos**. 1ª ed. Porto: Porto editor, 2005. ISBN - 978-972-0-05281-0;

COUTINHO, SB [et al.] - The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. J Pediatr (Rio J). [Em

linha]. Vol. 81, nº6 (2005) p. 471-477. [Consult. 11 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16385365>>;

CUNHA, M [et al.] Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Em linha]. Vol. 13, nº1 (2009). [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100020&script=sci_arttext>;

CUNNINGHAM, GF - **Obstetrícia de Williams**. São Paulo: ARTMED, 2012. ISBN - 978-85-63308-96-6;

DICKENS, V - Learning on the job: influences on the initiation and duration of breastfeeding. MIDIRS Midwifery Digest. Vol.18, nº2 (2008) p. 243-247;

DIXON, S; SCHUB, T - *Breastfeeding: relationship between breastfeeding and obesity in the breastfed child*. Evidence Based Care Sheet.(2013);

DONATH, SM [et al.] - Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. Acta Paediatr. [Em linha]. Vol.92, nº3 (2003) p. 352-356. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12725552>>;

DYNAMED - **Breastfeeding** [Em linha]. Ipswich: EBSCO Publishing. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:<https://dynamed.ebscohost.com/content/evidence-based-content> >;

FAISAL-CURY, A; MENEZES, PR - Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. [Em linha]. Vol. 28, nº3 (2006) p. 171-178. [Consult. 22 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000300006&script=sci_arttext>;

FIGUEIREDO, B; CONDE, A - Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. Análise Psicológica. [Em linha]. Vol. 3, nº 25 (2007) p. 381-398. [Consult. 14 Dez. 2013] Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06>>;

FRASER, DM; COOPER, MA - **Assistência Obstétrica - Um guia prático para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN - 978-85-352-3876-1;

FRIEDMAN EA - The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol. [Em linha]. Vol.68, nº6 (1954) p. 1568-75. [Consult. 13 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13207246>>;

GALVÃO, DG - Education in maternal breastfeeding and their repercussions in clinical practice. Rev Bras Enferm. [Em linha]. Vol. 64, nº2 (2011) p. 308-314. [Consult. 27 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755215>>;

GOLDENBERG, S; DIVITTO, B - Parenting children born prematurely. Handbook of Parenting Vol. 1 (2008) p. 209-230;

GRAÇA, L [et al.] - Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. Rev. Latino-Am.

Enfermagem. [Em linha]. Vol.19, nº2 (2011) p. 1-9. [Consult. 1 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf>;

GRAÇA, LM - **Medicina Materno-Fetal**. 4ªed., Lidel, 2010. ISBN – 9789727576548;

HANNULA, L; KAUNONEN, M; TARKKA, M - A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing. [Em linha]. Vol.17, nº 9 (2008) p. 1132–1143. [Consult. 26 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416790>>;

HECTOR, D [et al.] – Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual Framework. NSW Public Health Bull. [Em linha]. Vol.16, nº3/4 (2005) p. 52-55. [Consult. 16 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16106273>>;

HECTOR, D; KING, L - Interventions to encourage and support breastfeeding. NSW Public Health Bulletin. [Em linha]. Vol.18, nº3 (2008) p. 56-61. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=NB05014.pdf>;

HECTOR, D; WEBB, W - Describing breastfeeding practices in NSW using data from the NSW Child Health Survey, 2001. N S W Public Health Bull. [Em linha]. Vol. 16, nº6 (2008) p. 47-51. [Consult. 14 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=NB05012.pdf>;

HENDERSON, J; REDSHAW, M - Midwifery factors associated with successful breastfeeding. Child Care Health Dev. [Em linha]. Vol. 37, nº5 (2011) p. 744-753. [Consult. 11 Nov. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143266>>;

ICM; FIGO - Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage. JOGC. [Em linha]. Nº 136 (2003) [Consult. 11 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/136E-JPS-November2003.pdf>>;

IKHENA, D; TAYLOR, JS [et al.] - **The 5 minute clinical consult: Breastfeeding** [Em linha]. 21 Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013. ISBN - 978-1451137354;

IMDAD, A; YAKOOB, M; BHUTTA, Z – Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC Public Health. [Em linha]. Vol.11, nº3 (2011) p.S24. [Consult. 11 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S3-S24.pdf>>;

JAIN, E [et al.]- Obstetric cholestasis: outcome with active management.. J Obstet Gynaecol Res. Vol. 39, nº 5 (2013) p.953-59 [Consult. 1 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23496277>>;

JIANG, M; FOSTER, EM – Duration of breastfeeding and childhood obesity: a generalized propensity score approach. Health Serv Res. [Em linha]. Vol. 48, nº2/1 (2013) p. 628-651. [Consult. 6 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22924637>>;

JOVENTINO, ES [et al.] Tecnologias de enfermagem para a promoção do Aleitamento Materno: revisão integrativa da literatura. Rev Gaucha Enferm. [Em linha]. Vol. 32, nº1 (2011) p. 176-184. [Consult. 17 Dez. 2013]. Disponível em: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100023&script=sci_arttext>;

JUSTE-PINA, A [et al.] – Episiotomia selectiva frente a espisiotomia rutinaria en nulíparas com parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof. Barcelona. Vol.8, nº 3-4 (2007) p. 5-11. ISSN: 1578-0740;

KAUNONEN, M; HANNULA, L; TARKKA, M - A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing. [Em linha]. Vol. 21, nº13/14 (2012) p. 1943-1954. [Consult. 17 Nov. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672457>>;

KERVIN, BE; KEMP, L; PULIVER, LJ - Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. Journal of Pediatrics and Child Health. [Em linha]. Vol.46, nº3 (2010) p. 85-91. [Consult. 20 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20136700>>;

KESKIN, HL [et al.] - Pethidine versus tramadol for pain relief during labor. Int. J. Gynaecol. Obstet. [Em linha]. Vol. 82, nº1 (2003) p. 11-6. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834936>>;

KETTLE, C; HILLS, RK; ISMAIL, KMK - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane library. [Em linha] Vol. 14, nº4 (2007). [Consult. 16 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943747>>;

KROUSE HJ - Video modelling to educate patients. J Adv Nurs. [Em linha]. Vol.33, nº6 (2001) p. 748-57. [Consult. 23 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298212>>;

LAMAZE International – **Instituto Lamaze – para o parto normal** (2003). [Consult. 12 Dez. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.lamaze.org>>;

LAVENDER, T [et al.] - Breastfeeding expectations versus reality: a cluster-randomised controlled trial. BJOG. [Em linha]. Vol.112, nº8 (2005) p. 1047-53. [Consult. 12 Nov. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045516>>;

LEITÃO, Filipe João Correia - *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Medicina, Departamento de Bioética, 2010. Mestrado em Bioética;

LEVENO, KJ - **Manual de Obstetricia de Williams - complicações na gestação**. São Paulo: Artmed, 2010. ISBN - 978-85-363-2183-7;

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - *Manual de Aleitamento Materno* [Em linha]. UNICEF, 2008. [Consult. 5 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf> ISBN: 96436.

LOPES, S; FERNANDES P. - Era uma vez um ser palmo e meio. Sinais vitais. Vol. 78 (2008) p. 9-13;

LOWDERMILK, D; PERRY, S; SHANNON, E – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Ed., Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1;

LUYBEN, A; FINK, R. – Is there a place for global standards for Midwifery Education in Europe? *Revista APEO*, nº 11 (2010) p. 80-81;

MACHADO, H - Reflexões sobre concepções de família e empresas familiares. *Psicologia em estudo*. [Em linha]. Vol. 10, nº2 (2005) p. 317-323. [Consult. 17 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a19.pdf>>;

MAIA, Maria José Cardoso – *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado;

MARILYN, JH [et al.] Wong - **Fundamentos Enfermagem Pediátrica**. 8ª Ed: Mosby Elsevier, 2008. ISBN: 9788535219180;

MARQUES, ES [et al.] - The influence of the social net of lactating mothers in the breastfeeding: the strategic role of the relatives and professionals of health. *Cien Saude Colet*. [Em linha]. Vol.15, nº1 (2010) p. 1391-1400. . [Consult. 3 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640299>>;

MARTIN-IGLESIAS, S [et al.] - Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Family Practice*. [Em linha]. Vol:12, nº 144 (2011) p. 1-8. [Consult. 11 Nov. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-144.pdf>>;

MARTINS, ML; LEOPARDI, M.; WOSNY, A. - Dorothea Orem: teoria do autocuidado. *Teorias de Enfermagem*. (2008) p.74-80;

MATOS, TA [et al.] – Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 63, nº6 (2010) [Consult. 4 Dez. 2013] Disponível em: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci_arttext>;

MCKELLAR, L; PINCOMBE, J; HENDERSON, A - ‘Coming ready or not!’ Preparing parents for parenthood. *Br J Midwifery* Vol. 17, nº3 (2009) p.160-7;

MEEDYA, S; FAHY, K; KABLE, A - Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*. [Em linha]. Vol. 23, nº 4 (2010) p. 135-145. [Consult. 19 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1913&context=hahs_pubs>;

MELANIA, A [et al.] - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Rev FEMINA* 11. [Em linha]. Vol. 38, nº 11 (2010) p. 583-591. [Consult. 21 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf>;

MELEIS, AI – **Theoritical Nursing: development and progress**. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007. ISBN - 978-0781736732;

MENDES, M. F. *Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e as práticas de cuidados de saúde*. Dissertação (Mestrado em saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Dissertação de Mestrado;

MONFORTE, M; MINEIRO, A - As vivências da mulher durante a gravidez. Nursing [Em linha]. Vol. 16, nº 206 (2006) p. 17-23. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/391>>;

MOORE, ER; ANDERSON, GC; BERGMAN, N. – Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. [Em linha]. Vol. 18, nº3 (2007). [Consult. 24 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636727>>;

MOTTA, CC; CREPALDI, MA - O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. PAIDEIA [Em linha] Vol.15, nº30 (2005) p.105-118. [Consult. 19 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2005000100012&script=sci_arttext>;

MULLANY, LC [et al.] - Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr. [Em linha]. Vol.138, nº3 (2008) p. 599-603. [Consult. 13 Nov. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18287373>>;

NAKANO, A [et al.] - Women's social space and the reference for breastfeeding practice. Rev Lat Am Enfermagem. [Em linha]. Vol. 15, nº2 (2007) p. 230-238. [Consult. 19 Nov. 2013]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692007000200007&script=sci_arttext&lng=en>;

NICE - Postnatal Care. *Routine postnatal care of women and their babies*. London: Royal College of General Practitioners, 2006;

NOEL-WEISS, J; BASSETT, V; CRAGG, B - Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. JOGNN. [Em linha]. Vol. 35, nº3 (2006) p. 349-57. [Consult. 3 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700684>>;

OLIVEIRA, CJ; PENEIRAS, SPA - Processo de trabalho do enfermeiro na coleta do *Streptococo agalactiae* na gestação. Rev Enferm UNISA [Em linha]. Vol.11, nº2 (2010) p. 104-7. [Consult. 30 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-08.pdf>>;

ORDEM dos Enfermeiros - *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE* (2009) ISBN - 978-989-96021-6-8;

ORDEM dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e ginecológica* (2010);

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde - Um futuro mais seguro: saúde pública global no século XXI. (2007) [Consult. 21 Dez. 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>>;

PATAH, LE; MALIK, AM – Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 45, nº1 (2011) p. 185-194. [Consult. 6 Nov 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.org/scielo.php?scri=en&nrm=iso>>;

PETRONI, L [et al.] Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. Cienc Cuid Saude [Em linha]. Vol.11, nº3 (2012) p. 535-541. [Consult. 6 Nov 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15369>>;

PINTO, TV - Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. Arquivos de Medicina. [Em linha]. Vol. 22, nº2-3 (2008) p. 57-68. [Consult. 12 Nov 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-34132008000200005&script=sci_arttext>;

POLIDO, C [et al.] - Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. Acta Paul Enferm [Em linha]. Vol.24, nº5 (2011) p. 624-630. [Consult. 13 Nov 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500005&script=sci_arttext>;

PRIMO, C [et al.] - Intervenções de enfermagem na amamentação após seis meses. Cienc Cuid Saude [Em linha]. Vol.12, nº1 (2013) p. 26-31. [Consult. 17 Dez 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16472/pdf>>;

REA, MF - Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Jornal de Pediatria. [Em linha]. Vol. 80, nº 5 (2004) p. 142-146. [Consult. 20 Dez 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a05>>;

REEVE, JR [et al.] - A preliminary study on the use of experiential learning to support women's choices about infant feeding. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology 113 (2004) 199-203;

REMPEL, LA; MOORE, KCJ - Peer-led prenatal breastfeeding education: A viable alternative to nurse-led education. Midwifery [Em linha]. Vol. 28, nº1 (2012) p. 73-79. [Consult. 2 Dez 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236530>>;

REVEIZ, L; GAITÁN, HG; CUERVO LG – Enemas durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus [Em linha]. Vol. 4 (2008) [Consult. 23 Dez 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.update-software.com>>;

REZENDE, J. - O puerpério – estudo clínico e assistência. J. Obstetrícia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. ISBN - 85-334-0885-4. Cap. 18, p. 358-369;

REZENDE, J. - Repercussões da gravidez sobre o organismo. J. Obstetrícia. 16ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN - 85-334-0885-4. Cap. 10, p. 143-73;

RICCI, SS - **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN – 8527713977;

ROCHA, IM [et al.] - O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Revista Escolar de Enfermagem. [Em linha] Vol. 42, nº4 (2009). [Consult. 1 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234200900040002>;

RODRIGUEZ LF [et al.] - Episiotomia selectiva versus rutinaria em pacientes nulíparas. Rev Obstet Ginecol Venez. 64:3 (2004)121-27;

ROMERO-ARAUZ, J. – Guia de prática clínica: Preeclâmpsia – eclâmpsia. Revista Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 50 (5)(2012) 569-579;

ROYAL College of Midwives - **Successful breastfeeding**. 3rd edition (2005) Churchill Livingstone, London, UK. ISBN - 978-0443059674;

ROYAL College of Obstetricians and Gynaecologists - Prevention and management of postpartum haemorrhage. London (UK): RCOG Press (2009) [Consult. 12 Dez 2013]. Disponível em: <URL: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52>>;

ROYAL College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG evidence-based clinical guideline No. 9: Induction of labour. London (UK): RCOG Press (2006) [Consult. 12 Dez 2013]. Disponível em: <URL: http://www.neonatalformulary.com/pdfs/uk_guidelines/RCOG_guideline_on_induction_of_labour.pdf>;

RUWAN JF - Risk factors and management of obstetric perineal injury. Obstetrics, Gynecology and Reproductive medicine. [Em linha]. Vol.17, nº8 (2007) p. 38-43. [Consult. 23 Dez 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721407001212>>;

RYSER, F - Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: the effect of the best start program. Journal of Human Lactation. [Em linha]. Vol.20, nº3 (2004) p. 300-305. [Consult. 5 Dez 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296584>>;

SANTOS, LC; FERRARI, AP; TONETE, VLP - Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa da literatura. Cienc Cuid Saude Vol. 8, nº4 (2009) p. 691-8;

SCHUB, E. – Nursing Practice & Skill Evidence – Based Nursing Practice: Implementing. Cinahl Information Systems. 4 de Maio (2012);

SENTILHES L [et al.] Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. CML – Gynecology & Obstetrics. Vol.15, nº1 (2010) p. 1–9;

SERRANO, MTP [et al.] Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. Vol.3, nº3 (2011) p. 15-23. [Consult. 17 Dez 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02>>;

Silva FAOLF, Passini Júnior R, Amorim MMR. Revista FEMINA, Dezembro (2010);

SILVA, MT - Assistência ao parto: significados para as mulheres. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. [Em linha]. Vol. 12 (2012) p. 29-33;

SMYTH R; HOWELL C. ANIM-SOMUAH M;– *Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto*. Biblioteca Cochrane Plus 4 (2008);

SOCIEDADE Portuguesa de Pediatria - Alimentação e Nutrição do Lactente. Acta Pediátrica Portuguesa. [Em linha] Vol.43, nº5 (2012) p. S20-40. [Consult. 27 Dez 2013]. Disponível na Internet:<URL: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/34/20121029190143_SupIII_Acta%20Pediatria_Vol43_N5.pdf>;

SOCIEDADE Portuguesa de Pediatria - *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2012. [Consult. 17 Nov 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016790.pdf>>;

SOUSA, A. - A importância da enfermagem na promoção do vínculo afetivo. SOS Jornal de Enfermagem. Vol.7, nº112 (2008) p. 10;

SOUZA, ASR [et al.] - Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. Rev Femina 38:4 (2010);

TAHIR, N; AL-SADAT, N - Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies Vol. 50 (2013) p. 16–25;

TEIXEIRA, M A; NITSCHKE, R - Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e a sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto Contexto Enfermagem 17:1 (2008) 183-191;

UNICEF Baby Friendly Initiative - *Standards for Neonatal Units* (2008) [Consult. 23 Dez 2013]. Disponível na Internet: <URL:www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=128>;

VASCONCELOS, K - Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Rev enferm UFPE on-line [Em linha] Vol.7, nº2 (2013) p. 619-24. [Consult. 8 Dez 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3717>>;

VISWANATHAN, M [et al.] - The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence Report/Technology Assessment [Em linha] Vol. 112, nº5 (2005) [Consult. 11 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/epissum.pdf>>;

WEI, S [et al.] - Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). The Cochrane Library. [Em linha] Vol. 9, nº 2 (2012) p. 1-12. [Consult. 16 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370654>>;

WHITWORTH, M [et al.] Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review). The Cochrane Library [Em linha] Vol. 14, nº4 (2010) p. 1-8. [Consult. 19 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20393955>>;

WHO - *Evidence on the long term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization, 2007. [Consult. 19 Nov 2013]

Disponível na Internet:
<URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf>;

WHO - *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization, 2003. [Consult. 19 Nov 2013] Disponível na Internet: <URL: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf>;

WHO - *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. Geneva: World Health Organization, 1986;

WHO, UNICEF. *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: World Health Organization, 1989. ISBN – 92806 00419. [Consult. 19 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-715.pdf>>;

WILHELM, S [et al.] - Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. JOGNN [Em linha] Vol.35, nº3 (2006) p. 340-8. [Consult. 1 Dez 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700683>>;

WONG, CA [et al.] *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Mosby Elsevier. 8^a edição (2009);

ZWELLING E - Overcoming the challenges maternal movement and positioning to facilitate labor progress. MCN the American Journal of Maternal/child Nursing Vol. 35, nº 2 (2010) p.72-78. [Consult. 16 Nov 2013] Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215946>>;

ANEXOS

Anexo I - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005

Anexo II – Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros

Anexo III – Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados

Anexo IV – Check-List da Enfermeira Especialista em saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO)